

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DÉMENCE
CHEZ LES
ÉPILEPTIQUES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André CONDOMINE

Né le 27 Juin 1882, à Lyon (Rhône),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Interne de l'Asile départemental d'Aliénés du Rhône.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 49

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DÉMENCE
CHEZ LES
ÉPILEPTIQUES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André CONDOMINE

Né le 27 Juin 1882, à Lyon (Rhône),

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Interne de l'Asile départemental d'Aliénés du Rhône.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire.	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COUR COMPLÉMENTAIRE

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LÉPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		BÉRIEL, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, *Président* ; CHATIN, *Assesseur* ;
MM. J. LÉPINE et BÉRIEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR PIERRET

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN LÉPINE

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR WEILL

AVANT-PROPOS

Quoique la question de la démence épileptique ne soit pas nouvelle, elle est encore d'actualité puisque l'an dernier elle faisait l'objet d'un concours pour le prix Belhomme : « Démence épileptique chez les enfants et les jeunes gens ». Nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire quelques recherches sur la démence chez les épileptiques aliénés et nos fonctions d'internes dans un service d'épileptiques à l'asile de Bron nous ont permis d'observer un certain nombre de cas de ce genre. Nous insisterons plus particulièrement dans notre travail sur le côté pathogénique de la question en mettant à profit les leçons cliniques de M. le professeur Pierret et les travaux italiens publiés dans ces dernières années sur la physiopathologie et la pathogénie des crises épileptiques.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser l'expression de notre vive reconnaissance à tous ceux qui pendant nos années d'études nous ont fait profiter de leur enseignement et aidé de leurs conseils.

Nous garderons le plus précieux souvenir de nos maîtres des hôpitaux de Lyon :

MM. GANGOLPHE, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

JABOULAY, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.

BRET, médecin des hôpitaux.

MOUISSET, médecin des hôpitaux.

MOLLARD, médecin des hôpitaux.

WEILL, professeur de clinique infantile à la Faculté.

Nous remercions particulièrement les maîtres qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine mentale :

M. le Professeur PIERRET dont l'enseignement magistral nous a fait comprendre toute l'importance de la pathologie générale appliquée à la psychiatrie.

M. le professeur agrégé Jean LÉPINE qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance et a bien voulu nous aider de ses conseils dans l'exécution de ce travail.

A MM. les D^{rs} ROUSSET, VIALON et DODERO, médecins-chefs à l'Asile de Bron, vont nos remerciements pour l'aimable attention qu'ils nous ont toujours portée.

Que M. le D^r PAPILLON, médecin-chef à l'asile de Bron, qui pendant cette année d'internat ne nous ménagea ni les conseils ni les encouragements reçoive ici l'assurance de nos meilleurs et plus dévoués sentiments.

M. le Professeur WEILL nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous le prions d'agréer le témoignage de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DÉMENCE
CHEZ LES
ÉPILEPTIQUES ALIÉNÉS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La déchéance intellectuelle survenant chez les épileptiques a été observée pour ainsi dire de tout temps. On en retrouve la notion chez les auteurs les plus anciens. Hippocrate, Galien signalent le trouble jeté dans les fonctions cérébrales par les attaques convulsives. Pour Arétée, l'épilepsie trouble et pervertit l'intelligence à un degré tel que les malades finissent par tomber dans la démence (*rationem quoque usque eo morbus dejicit ac conturbat ut prorsus denique infatuentur*). Avicenne, Mercurialis, Boerhaave, montrent que les accès répétés aboutissent à un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles.

Mais, jusqu'à Esquirol, tous les auteurs n'ont fait que signaler le fait sans s'y arrêter. Esquirol et ses élèves sont les premiers à en avoir fait une étude attentive. « En général, dit Esquirol, les épileptiques

ne parviennent pas à une longue vieillesse. Les fonctions cérébrales, les facultés intellectuelles se dégradent de plus en plus. » Dans sa statistique des femmes épileptiques de la Salpêtrière, il compte des monomaniaques, des maniaques, des furieuses, enfin et surtout des démentes. « La démence, dit-il, est l'espèce d'aliénation qui menace le plus ordinairement les épileptiques. »

Calmeil, dans sa thèse inaugurale (1824), distingue : 1° La démence qui se manifeste immédiatement après l'accès. « Un sujet vient d'avoir coup sur coup dix à douze accès, il se trouve vraiment au-dessous de la condition des brutes; il y a parfois quatre jours que l'état convulsif est dissipé et cependant l'épileptique ne peut distinguer sa tête de son pied. » 2° La démence chronique : « Une fois profonde et bien établie, elle ne laisse plus d'espoir de guérison; chaque attaque d'épilepsie concourt peu à peu à sa production et le sujet passant ainsi successivement par tous les degrés d'affaiblissement du moral finit par arriver à l'abolissement complet des idées. »

Et il établit huit propositions réglant l'apparition et la marche de la démence. On peut les résumer ainsi : « Quand l'épilepsie apparaît à un âge avancé, la démence paraît moins fréquente. Elle est en rapport avec la fréquence et la durée des attaques. C'est la réunion des crises et des vertiges qui a la plus grande influence sur la production de la démence, mais le grand mal seul ou les vertiges seuls suffisent à la produire.

Bouchet et Cazauvielh (1825) traitent le même sujet

dans un mémoire qui obtient le prix annuel fondé par Esquirol.

Puis viennent les travaux de A. Foville père qui croit remarquer que la démence survient plus fréquemment et plus vite chez les malades atteints de petit mal; de Georget, de Beau, de Leuret; de Billod, qui montre que les épileptiques peuvent arriver à un âge avancé sans présenter de démence; de Briere de Boismont qui pose en principe que plus l'épilepsie a commencé de bonne heure, plus elle altère fortement la raison.

Ensuite, ce sont Delasiauve, Morel, Falret, Marcé, Trousseau, Ch. Foville, Legrand du Saulle, Ferrand, qui donnent aux vertiges l'influence prépondérante dans la pathogénie de la démence.

Aubanel incrimine, au contraire, surtout les accès répétés.

Dagonet décrit fort bien l'aspect clinique des déments épileptiques.

Desfossez (1878) traite des troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie.

En 1881, Bourneville, d'Olier et E. Brissaud font une étude d'ensemble sur la démence épileptique en apportant quelques observations suivies d'autopsies, et constatent que si, dans certains cas, on trouve des lésions très apparentes de méningo-encéphalite diffuse, dans d'autres au contraire on ne trouve aucune lésion capable d'expliquer les troubles présentés pendant la vie.

Magnan, dans ses cliniques, montre que la démence revêt chez les épileptiques certaines nuances spéciales.

C'est ainsi qu'au début le dément épileptique a des intervalles lucides, plus prolongés et plus accentués que le dément ordinaire; la mémoire est moins profondément atteinte, son trouble n'est pas en rapport avec l'affaiblissement des autres facultés.

Féré, dans son ouvrage sur les *Epilepsies*, consacre tout un chapitre à la démence épileptique.

J. Voisin et Legros décrivent une nouvelle forme de démence, la démence paralytique et spasmodique, à l'appui de laquelle ils apportent un certain nombre d'observations.

J. et R. Voisin observent chez les adolescents une forme rapide de démence épileptique qui a beaucoup de points de ressemblance avec la démence précoce et qui pourrait bien être en réalité de la démence précoce évoluant chez des épileptiques.

On peut citer encore les noms de Kowalewsky, Sommer, P. Masoin, Turner.

Enfin, en 1907, trois mémoires ont été présentés pour le prix Belhomme sur la démence épileptique chez les enfants et les jeunes gens; ils résument la question dans son ensemble. Ce sont ceux de Marchand, de R. Voisin et de Doury. Le premier s'attache surtout à démontrer qu'il n'y a pas de rapports de cause à effet entre les accidents convulsifs et la démence. Le deuxième a en vue principalement la forme paralytique et spasmodique; le troisième, enfin, donne un tableau clinique complet des symptômes que l'on observe chez les déments épileptiques.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE

Nous devons nous demander en premier lieu quelle est la fréquence relative de l'évolution des épileptiques vers la démence, en d'autres termes quel est le pourcentage des épileptiques qui deviennent déments?

Esquirol trouve 155 déments sur 339 épileptiques, c'est-à-dire 45 pour 100. Calmeil en trouve 240 sur 300, c'est-à-dire 80 pour 100 et pense d'ailleurs que les 60 qui restent deviendront déments à leur tour. Peybernès (thèse Montpellier 1875) observe la démence dans les $\frac{4}{5}$ des cas. Wildermuth, dans 60 à 70 pour 100. A. Voisin sur 210 épileptiques a trouvé 26 sujets sains d'esprit. Turner, dans un travail récent, compte sur 116 épileptiques, 22 malades dont l'état mental était normal (13,6 pour 100), 51 ayant de l'amnésie (31,6 pour 100), 41 présentant de la faiblesse intellectuelle (25,4 pour 100) et enfin 47 déments (29,1 pour 100).

Cette dernière statistique, comme le fait remarquer Marchand, paraît assez bien répondre à la réalité. Si un quart des épileptiques environ deviennent complètement déments, deux autres quarts ont un affaiblis-

sement intellectuel marqué et un bien petit nombre restent complètement indemnes.

N'oublions pas que ces chiffres portent sur des épileptiques internés et que nous ne possédons aucune statistique sur les épileptiques simples qui vivent au milieu de la société et dont le nombre n'est même pas connu d'une façon précise.

Cependant Dallemagne pense avec Féré que si tous les épileptiques hospitalisés sont frappés de troubles mentaux, parmi ceux qui restent dans la société il en est peu qui ne présentent un affaiblissement intellectuel permanent ou passager, des lacunes plus ou moins évidentes ou une mobilité anormale du caractère et de la conduite.

Et J. Voisin, se demandant si les épileptiques peuvent ne pas avoir de déchéance intellectuelle, conclut que la chose est possible, mais qu'elle doit être très rare.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons rassemblé un certain nombre d'observations d'épileptiques, internés à l'asile de Bron, et présentant des troubles intellectuels, affectifs ou moraux à différents degrés de leur évolution. Cette étude nous a permis de vérifier les descriptions des auteurs sur la symptomatologie de ces malades et les caractères de leur démence. Mais nos recherches et nos constatations, quoique ayant porté sur des sujets assez différents les uns des autres, ne nous ont apporté au point de vue clinique aucun fait nouveau digne d'être signalé.

Contentons-nous donc de résumer en quelques lignes le tableau clinique habituel de la démence chez les épileptiques.

Les modifications apportées par l'épilepsie à l'intelligence sont d'abord des troubles momentanés liés aux crises convulsives. Ils peuvent précéder la crise ou la suivre et leur durée est très variable. On les voit suivant les cas, disparaître au bout de quelques minutes ou de quelques heures, ou au contraire persister pendant plusieurs jours. Ces troubles peuvent être légers ou très accentués et constituer parfois un état de confusion mentale complète dont la durée peut aller jusqu'à

plusieurs semaines. C'est qu'ils sont alors consécutifs à des crises fortes et nombreuses ou à de véritables états de mal. Puis à la suite de ces secousses, l'intelligence paraît reprendre son état normal.

Chez l'adulte, après un nombre d'années variables, l'intelligence du malade soumise à de nouveaux accès, s'ébranle de plus en plus. Un des premiers effets de l'action dépressive de l'épilepsie est un affaiblissement général du système nerveux, un manque de volonté, une apathie insurmontable, et de plus une grande lenteur de l'idéation. A l'interrogatoire du malade on est surpris du temps qui s'écoule avant qu'il consente à donner les renseignements les plus élémentaires sur sa personnalité. Le même ralentissement s'observe dans l'activité motrice de ces malades.

La première faculté qui tend à disparaître est la mémoire. Mais elle ne disparaît que partiellement et progressivement. Les premiers souvenirs touchés sont les souvenirs récents. Le plus souvent le malade peut raconter avec une grande richesse de détails toute son existence jusqu'au début des crises; à partir de ce moment les souvenirs sont déjà plus incertains, et enfin ils manquent parfois complètement à partir d'une certaine date, qui correspond à une période de confusion mentale consécutive à des crises sériées.

La mémoire étant la condition indispensable de toute activité intellectuelle, quand elle a disparu, on peut voir rapidement la démence se porter sur la généralité des fonctions psychiques et la description de Delasiauve lui convient alors complètement : « l'attention est faible, inefficace, nulle; la mémoire est confuse, infi-

dèle, entièrement perdue; le jugement incertain, défectueux, aboli; les conceptions obscures, avortées ou fausses; l'enchaînement des idées pénible, incorrect, impossible; l'imagination sans essor; les déterminations inertes, fugaces, non motivées; les désirs sans portée comme sans base. De cette mutilation intellectuelle découle, comme une conséquence nécessaire, l'anéantissement des facultés morales : sentiments, affections, instincts. La vie physique subit elle-même des changements parallèles : la sensibilité générale diminue, et l'exercice des sens, d'abord imparfait, finit par être complètement suspendu. »

Mais cet état de démence complète nous a paru assez rare chez les épileptiques aliénés. Ce qu'on observe surtout, c'est une démence partielle, qui, arrivée à un certain stade de son évolution, s'y est arrêtée, s'est fixée dans sa forme et persiste ainsi très longtemps, sans modifications très sensibles. Ce ne sont d'ailleurs pas toujours les mêmes facultés qui sont le plus touchées : si le plus souvent c'est la mémoire qui est la première atteinte et dont les troubles sont les plus manifestes, il arrive aussi qu'on la trouve à peu près intacte et qu'il existe des modifications très prononcées du côté de l'activité volontaire et surtout du côté de la sensibilité affective.

C'est ainsi qu'on voit des malades, tels que G... (observation XV) qui, avec une amnésie absolue, sont capables de raisonner, de réfléchir, d'accomplir un travail intelligent et d'éprouver des sentiments affectifs, et d'autres au contraire qui, comme S... (observation X), ayant conservé toute leur mémoire ne peuvent

s'adonner à aucun travail et font preuve de larges lacunes dans leur intelligence et leur faculté de jugement.

Évolution. — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître à l'affection une marche intermittente. Celle-ci s'installe par bonds, s'accroissant de plus en plus après chaque série d'accès pour diminuer pendant les espaces intercalaires. Des troubles psychiques apparaissent au moment et à la suite des manifestations convulsives, surtout quand ces manifestations s'accompagnent d'état gastrique et de torpeur intellectuelle prolongée (Voisin).

« Dans quelques cas, dit Féré, l'exhaustion post-paroxystique est telle que le malade tombe dans un état de démence aiguë avec stupeur. Ces phénomènes de dépression ne disparaissent que peu à peu. Ils jouent le rôle capital dans la production de la démence épileptique et lui impriment souvent une marche rémittente spéciale. »

J. Voisin pense aussi « que la démence consécutive à la manie épileptique est essentiellement intermittente. Au début, quand les espaces intercalaires sont longs, l'intelligence revient à peu près au degré où elle était avant l'accès maniaque, mais jamais cependant au même point qu'autrefois. Il y a des lacunes dans l'intelligence et la mémoire qui ne se combleront pas. Quand les séries d'accès et de folie épileptique sont de plus en plus fréquents et rapprochés, les espaces intercalaires finissent par disparaître et l'intelligence et la mémoire s'affaiblissent de plus en plus, la démence s'installe. »

On peut voir à côté de cette forme rémittente, une forme progressive et continue.

Citons Féré qui a le mieux décrit cette deuxième variété d'évolution. « Si, en général, la démence épileptique se présente sous une forme rémittente et n'ayant une marche fatalement progressive qu'autant que les décharges spasmodiques ou autres sont définitivement incoercibles ; si on peut voir des épileptiques qui, après avoir paru incapables de tout rapport avec le monde extérieur pendant des années, recouvrent au moins une grande partie de leur intelligence lorsque les attaques viennent à s'éloigner, soit spontanément, soit sous l'influence d'une thérapeutique heureuse, il n'en est pas toujours ainsi : dans certains cas, elle a une marche progressive continue, que les paroxysmes diminuent ou non. Cette démence n'est pas une démence consécutive à l'exhaustion postparoxystique, elle mériterait plutôt le nom de démence concomitante ou dégénérative et se caractérise par l'absence de rémissions franches qui sont souvent caractéristiques de la démence par épuisement. »

Ces deux variétés d'évolution, variété rémittente et variété progressive, nous les avons observées très nettement chez nos malades. La première est celle de nos observations III, V, XI, où les troubles démentiels évoluent parallèlement aux crises ; la deuxième, on la constate dans les observations I, II, VI, X, XVII. Et, nous ferons remarquer dès maintenant que la pathogénie de la démence n'est pas la même dans les deux catégories d'observations : chez les malades de la première série, nous n'avons trouvé que les crises convulsives

à l'origine des troubles intellectuels, tandis que chez ceux de la seconde série ces mêmes troubles ont pu être provoqués par une lésion cérébrale de l'enfance ou par une vésanie concomitante. Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre de la pathogénie.

Formes cliniques. — Les formes cliniques de la démence épileptique sont d'acquisition récente. Les anciens auteurs signalent seulement que fréquemment les épileptiques tombent dans la démence.

Morel, Billod, Falret entrevoient déjà une forme qui s'accompagne de troubles paralytiques. Legrand du Saulle parle d'une variété d'épilepsie « qui n'a aucun rapport avec les accès épileptiformes qui marquent le début et la fin de la paralysie générale des aliénés. » Bourneville, dans ses *Comptes rendus de Bicêtre* et ses élèves Wuillamier, d'Olier et Leffaive, dans leurs thèses, parlent aussi d'une démence paralytique.

C'est Voisin qui eut le mérite de bien mettre en lumière cette variété spéciale qu'il appelle démence épileptique, paralytique et spasmodique. Cette forme, que nous n'avons pas eu encore l'occasion de rencontrer, se caractérise au début par des paralysies éphémères se produisant après chaque état de mal, puis par un état paralytique spasmodique, avec exagération des réflexes, qui va toujours s'accroissant à la suite de chaque nouvelle série d'accès, jusqu'à la mort qui survient dans le marasme au bout de dix ou douze ans.

A côté de cette forme, on peut placer la démence épileptique à forme de pseudo-paralysie générale. Il y a des cas où le dément épileptique, dans un état d'hé-

bétude et de confusion post-convulsive ressemble à s'y méprendre à un paralytique général. Il a du tremblement des mains, des lèvres et des muscles de la face, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole. Celui-ci, il est vrai, n'est pas tout à fait le même que dans la paralysie générale. Le dément épileptique n'a pas d'achoppement syllabique, mais il parle avec lenteur et monotonie, en scandant les mots. « Il ouvre la bouche, avance les lèvres, traîne sur les premières parties du mot et termine brusquement » (Voisin). « La parole est hésitante, traînante, scandée, il ânonne » (Séglas). Mais l'analogie est suffisante pour qu'il soit parfois impossible de faire le diagnostic, si l'on n'a aucun renseignement sur les antécédents et sur l'évolution de la maladie.

Deux autres formes apparaissent si l'on considère l'âge auquel surviennent les crises convulsives et les phénomènes démentiels.

1° Si la démence survient dans les premières années de la vie ou avant la puberté, les malades ressemblent à des idiots ou à des imbéciles congénitaux. Et il y a un bon nombre d'enfants épileptiques qu'on considère comme des idiots et qui sont, en réalité, des déments. Comme le dit très justement Féré, si dans ces cas nombreux l'épilepsie et l'idiotie peuvent être la conséquence des mêmes lésions encéphaliques, on doit reconnaître que, dans quelques autres, l'idiotie est entretenue par l'épilepsie;

2° Quand la démence survient, au contraire, très tard dans la période d'involution sénile, elle revêt parfois une allure particulière. Au lieu de procéder

lentement et progressivement suivant le mode habituel, elle marche rapidement et s'installe parfois d'un coup, les facultés intellectuelles disparaissant en bloc. Voisin parle de ces épileptiques qui peuvent rester des années entières sans avoir aucune manifestation comitiale appréciable, mais qui reprennent des accès comitiaux vers quarante-cinq ou cinquante ans, à l'époque de la ménopause chez la femme. Dès lors, chez eux la maladie a une marche rapide, les accès se renouvellent fréquemment et l'intelligence baisse rapidement. Et Féré : « A égalité de nombre des paroxysmes, la démence paraît être d'autant plus rapide que le sujet est plus âgé. Calmeil avait déjà remarqué ce fait ; il a cité une femme de soixante-treize ans chez laquelle la démence se manifestait dès le premier mois après le premier accès. Quelquefois aussi, sur les sujets âgés, l'intelligence après avoir été longtemps laissée intacte par l'épilepsie, s'altère à la suite d'un seul accès. »

Enfin, il y a une nouvelle forme qu'on voit chez les adolescents de douze à dix-huit ans environ, c'est la démence épileptique à forme de démence précoce, qu'ont bien décrite J. et R. Voisin. Elle peut être hébéphrénique, catatonique ou paranoïde et arrive très vite à l'anéantissement complet des facultés. Si l'on ignorait, dit Voisin, l'existence chez de tels malades d'accès épileptiques fréquents, on poserait en les examinant le diagnostic de démence précoce simple.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions que l'on rencontre aux autopsies des déments épileptiques sont des plus variables.

Dans un des premiers travaux sur la question, en 1881, Bourneville, d'Olier et E. Brissaud ont constaté que parfois la démence épileptique se traduisait à l'autopsie par des lésions très accusées de méningo-encéphalite diffuse, alors que d'autres fois on ne rencontrait aucune lésion appréciable caractérisée.

Avant eux, Voisin enseignait dans ses cliniques qu'on devait distinguer parmi les altérations que l'on rencontre chez les épileptiques celles qui sont déterminantes du haut mal et celles qui sont la conséquence des attaques.

Les lésions secondaires, disait-il, ne sont pas les moins importantes et montrent quelles sont les régions de l'axe cérébro-spinal sur lesquelles retentit le mal comitial.

Chez un individu mourant en état de mal, il avait constaté une congestion considérable des centres nerveux (cerveau, moelle et méninges), des traînées opalescentes le long des sillons et des scissures et, au microscope, une accumulation de globules de sang

dans les capillaires et des épanchements de sang en grand nombre. De plus, dans certains cas, des adhérences de la substance corticale avec les méninges, si bien que, la méninge enlevée, on voyait des fragments de substance corticale arrachés et l'aspect était le même que dans la paralysie générale.

Récemment, en 1895, Marinesco et Sérieux sont revenus sur cette distinction à faire entre les lésions secondaires consécutives aux différents paroxysmes de l'attaque épileptique et les altérations épileptogènes primitives.

Du côté des vaisseaux en particulier, ils décrivent des lésions secondaires au processus épileptogène, dilatation d'espaces périvasculaires où l'on trouve des corps granuleux et des lésions chroniques, hypertrophie de la paroi des vaisseaux. Parmi les lésions chroniques, ces auteurs ont pu, grâce aux méthodes récentes, constater sur les fibres nerveuses, outre une dégénérescence plus ou moins intense de la myéline, une disparition partielle des fibres tangentiellles de l'écorce, comme on en a décrit dans la paralysie générale.

Quant aux cellules nerveuses, tantôt il y a atrophie du corps de la cellule, qui est plus petite et sans prolongements, tantôt, quoique rarement, il y a infiltration des cellules par les leucocytes, tantôt enfin, il y a diminution de la richesse du protoplasma en granules que l'on voit en nombre considérable à l'état normal et qui paraissent jouer dans la vie cellulaire un rôle des plus importants.

A côté de ces lésions microscopiques, J. Voisin cite des lésions diverses, soit des vaisseaux, soit des ménin-

ges : « Chez les vieillards atteints d'épilepsie, il n'est pas rare de voir des artérites des vaisseaux de la base. On a trouvé des thromboses des sinus, quelquefois des foyers de ramollissement. »

Mais parmi toutes ces lésions des plus disparates, on ne trouve pas de lésions caractéristiques de la démence épileptique. Il y a d'ailleurs bon nombre de malades qui présentent à l'autopsie des lésions semblables à celles que nous venons de citer et qui n'ont jamais été ni déments, ni épileptiques. Ce qui montre bien que nous ne connaissons pas encore la lésion intime de l'épilepsie pas plus que celle de la démence qui lui est consécutive.

Que dire alors des cas où l'on n'a pas trouvé la moindre lésion capable d'expliquer les troubles constatés pendant la vie ? Doit-on en conclure que la démence est un trouble fonctionnel causé par l'épuisement consécutif aux décharges successives du mal comitial ?

Nous répondrons non sans hésiter. Car à l'heure actuelle il est impossible de nier que toutes les démences ne soient de nature organique.

C'est le professeur Pierret qui, le premier en France, a soutenu cette doctrine qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

C'est l'opinion de Nissl, qui pense que la démence, quelle que soit son origine, a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable, et que les démences ne diffèrent entre elles que par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex.

Pour le professeur Pierret (thèse de M. Bridier), de toutes les lésions observées au cours des démences, la plus constante est celle de la cellule corticale. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulopigmentaire. Pour lui, au point de vue anatomopathologique on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques.

C'est aussi l'opinion de Vigouroux (1904) : suivant lui on réserve simplement le nom de démence organique à celles qui sont causées par des lésions cérébrales d'importance, qui sont reconnues comme leur cause pathogène, et l'on classe dans les démences vésaniques, névrosiques et autres, celles dont l'histologie pathologique n'est pas encore fixée. Mais c'est une classification provisoire, car toutes les démences doivent avoir comme substratum anatomique des altérations des éléments de l'écorce cérébrale.

Il cite Korsakoff pour lequel les démences toxiques sont en rapport avec des altérations des cellules et des fibres nerveuses, Krœpelin pour qui les démences précoces semblent être dues à de la méningo-encéphalite diffuse, ou à de l'atrophie des cellules (Klippel), et pense qu'il en est de même pour les démences névrosiques dont certaines semblent produites par des lésions de gliose diffuse accompagnée de dégénérescence cellulaire.

Klippel et Lhermitte cependant ont essayé d'établir une ligne de démarcation entre les démences organi-

ques et les démences vésaniques : Les premières auraient pour caractère anatomique, d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et, à côté des lésions du neurone et de la névroglie, d'entraîner celles des éléments vasculo-conjonctifs. Les secondes seraient liées aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions.

Mais on voit qu'il n'y a là qu'une question de degré dans l'extension du processus destructif. En somme c'est la rupture des connexions cellulaires qui apparaît comme la lésion fondamentale et la condition pathogénique du symptôme démence, dans toutes les maladies mentales où il peut se produire. Les lésions des parois vasculaires et la prolifération de la névroglie péricellulaire ou périvasculaire sont des lésions possibles, mais inconstantes.

Ce que nous devons retenir, c'est que toutes les démences sont considérées aujourd'hui comme étant en réalité des affections organiques. On conçoit, en effet, très difficilement, comme le faisait remarquer Deny au Congrès de Pau en 1904, qu'un affaiblissement, une destruction des facultés intellectuelles ne soient point le fait d'une désorganisation anatomique. Et nous admettons, avec Toulouse et Damaye, qu'à un affaiblissement intellectuel réel doit correspondre un processus destructeur du neurone à évolution parallèle, et dont l'intensité est en rapport avec le degré de l'affaiblissement.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Nous en arrivons maintenant à établir le mécanisme de l'apparition de la démence chez nos épileptiques.

Les anciens auteurs considéraient l'épilepsie comme une affection *sine materia*, et regardaient la démence comme une conséquence directe de cette névrose. « L'épilepsie, disaient Ball et Chambard dans le *Dictionnaire encyclopédique* exerce sur les fonctions intellectuelles une action dépressive bien plus prononcée que l'hystérie, quelle que soit la violence de cette dernière. » Sans chercher à éclaircir la formation véritable, la genèse exacte de l'état dementiel, ils se contentaient de noter cliniquement les conditions de son apparition : « Nous voyons la démence apparaître dans le cours de l'épilepsie vraie sous l'influence de conditions qui ont été bien étudiées par Esquirol et Calmeil et sur lesquelles Trousseau a après eux insisté. La démence est d'autant plus à craindre que l'épilepsie est plus ancienne et que les accès, quelle qu'en soit la forme symptomatique, se sont montrés plus durables et plus fréquents... »

En effet, c'est cette forme symptomatique des accès qui occupait principalement leur attention. Il s'agis-

sait pour eux de savoir si le premier rôle dans la formation de la démence revenait aux accès convulsifs du grand mal ou aux manifestations du petit mal, telles que les absences et les vertiges.

Esquirol, Calmeil, Falret, Marcé, Foville, Dagonet, Trousseau, admettaient que la démence survient plus fréquemment et plus rapidement à la suite des vertiges qu'après les grandes crises. « La tendance à la démence, dit Esquirol, est plus directement liée à la fréquence des vertiges qu'à celle des accès, bien que les vertiges n'aient qu'une durée presque inappréciable », et le grand aliéniste s'étonne fort de cette influence pour ainsi dire paradoxale. Comme lui, nombre d'autres cliniciens insistent sur ce fait que l'épilepsie vertigineuse affaiblit bien plus les facultés intellectuelles que l'épilepsie convulsive.

On a fait justice aujourd'hui de cette opinion erronée. « Si la démence, dit Féré, est le plus souvent le résultat des paroxysmes mineurs (vertiges, absences, secousses, etc.), c'est à cause de leur répétition plus fréquente; on ne peut pas douter, en effet, que la stupeur provoquée par les paroxysmes majeurs ne soit plus grande; il est donc certain, comme l'admettent, du reste, Legrand du Saulle, Voisin, Sommer, etc., que si les grandes attaques se répétaient aussi souvent, elles entraîneraient beaucoup plus rapidement la démence que les paroxysmes incomplets. Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que lorsque sous l'influence du traitement, les grandes attaques sont devenues plus rares et sont remplacées par des vertiges beaucoup plus nombreux, l'état mental devient plus satisfaisant. Il n'y a donc

pas lieu, au point de vue de l'intelligence, de redouter cette transformation. »

Ce côté de la question nous paraît, d'ailleurs, bien secondaire, et ce n'est pas de cette manière, nous semble-t-il, qu'il faut envisager les phénomènes.

Aujourd'hui l'on n'admet plus l'épilepsie d'origine purement héréditaire, et l'épilepsie idiopathique des auteurs n'est plus qu'un symptôme, « un simple symptôme sans existence autonome, tout comme l'épilepsie partielle, tout comme les épilepsies dites symptomatiques » (P. Marie).

« Le domaine de l'épilepsie dite idiopathique, écrit Féré, se rétrécit tous les jours, tandis que les épilepsies sympathiques et symptomatiques augmentent sans cesse de nombre. Aujourd'hui même, l'expression d'épilepsie idiopathique n'est plus comprise comme synonyme de celle d'épilepsie sans cause, mais bien de celle d'épilepsie de cause inconnue. L'épilepsie ne reconnaît pas pour cause une lésion spécifique précise ; il est bien établi, au contraire, que ses diverses manifestations se produisent en conséquence de lésions ou d'altérations fonctionnelles très diverses ; l'épilepsie ne doit donc plus être considérée comme une maladie, mais comme un groupe de syndromes, les épilepsies..... »

Notons bien ce terme, car il résume admirablement l'orientation nouvelle des idées, on ne doit plus dire l'épilepsie, mais bien les épilepsies... Et, de même, les épileptiques sont devenus les épileptisants (Pierret).

Déjà Desfossez, dans sa thèse (1878), notait que l'action dépressive exercée sur l'intelligence par l'épilepsie

n'est pas toujours la même, et qu'elle varie non seulement avec l'intensité des attaques, mais aussi avec « le degré de résistance que peut opposer à la marche envahissante de la maladie le système nerveux du malheureux qui en est atteint ».

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie dans ces trente dernières années ont confirmé cette manière de voir. « Ce n'est pas seulement l'épilepsie, dit Féré, ni le nombre ou le caractère des accès qui commande l'apparition et la variété de la démence, c'est aussi l'individualité du sujet et souvent d'autres causes adjacentes ; par exemple, si les épileptiques alcooliques paraissent plus sujets à une démence rapide, c'est moins à cause d'une forme spéciale des paroxysmes, qu'en raison d'une double influence dégénérative. »

Pour Voisin « le syndrome épileptique évoluera différemment suivant la cause ; en effet, si l'épilepsie est réflexe, l'intelligence reste longtemps normale, l'hébétude est peu prononcée et la déchéance intellectuelle et la démence sont rares ; tandis que si l'état gastrique est constant avec l'épilepsie générale, l'hébétude postparoxystique est de règle et la démence est fatale. C'est qu'ici la cause déterminante est une intoxication. Cette intoxication n'agit pas brusquement, comme dans les cas d'épilepsie réflexe cités plus haut ; le poison s'accumule progressivement. Le malade éprouve du malaise. Il y a une irritation prolongée des centres nerveux et peut-être altération cellulaire, d'où déchéance plus complète et plus rapide de l'intelligence.

Le même auteur, dans un article de la *Presse médi-*

cale, de 1907, sur la démence précoce chez les adolescents épileptiques, donne de nouveaux développements sur sa conception de la démence chez les épileptiques.

« Dans toutes les manifestations psychiques de l'épilepsie, dit-il, il faut nettement distinguer les faits qui relèvent de la névrose et ceux qui doivent être mis sur le compte de la dégénérescence du sujet. C'est ainsi que nous estimons que l'épileptique peut présenter deux sortes de délires : l'un nettement de nature épileptique, hallucinatoire, mystique et qui surtout est suivi de perte du souvenir ; l'autre polymorphe avec obsession, angoisse, irrésistibilité, mais conservation du souvenir. Il est vrai que l'état épileptique du sujet, l'accès, le vertige sont l'occasion de l'apparition même de ce délire dégénératif, mais la névrose n'agit alors que comme cause provocatrice et non comme cause déterminante, et il ne nous paraît pas possible de considérer de tels délires comme des équivalents psychiques de la névrose, ainsi que le soutiennent MM. Claude et Baudoin. Ce n'est pas une raison parce qu'un individu est épileptique pour que toutes les manifestations délirantes qu'il présente soient de nature épileptique.

« Il en est de même de la démence survenant chez l'épileptique. L'accès épileptique, par sa répétition, par son intensité détermine, à la longue, un affaiblissement intellectuel, une démence qui paraît être nettement de nature épileptique. La démence, dans ce cas, n'est que l'exhaustion postconvulsive devenue définitive, de passagère qu'elle était après l'accès (Féré). Et l'on

retrouve, en effet, dans cette démence les caractères de la confusion mentale post-comitiale.

« Si la nature épileptique de la démence simple à marche lente peut donc être soutenue avec vraisemblance, la nature épileptique de la démence spasmodique ne nous paraît pas faire de doute, ou plutôt, il semble que, dans ce cas, un même processus de sclérose cérébrale détermine d'abord l'accès convulsif, puis la démence consécutive.

« Il n'en est plus de même pour la démence rapide non spasmodique. Ici, les symptômes observés ne sont plus l'exagération ni même la persistance des symptômes nettement épileptiques survenant après les accès. C'est au contraire la persistance du délire dégénératif présenté par les malades à l'occasion de leurs crises que l'on note dans cette démence précoce, c'est l'accentuation des impulsions, des obsessions, puis enfin, après affaiblissement de plus en plus marqué de l'intelligence, l'apparition des mouvements stéréotypés, dernier vestige de l'intelligence.

« L'épilepsie, comme pour le délire dégénératif, provoque l'apparition de cette démence sans pourtant en être la seule cause ; le terrain sur lequel elle se développe en conditionne la nature. »

Ainsi, Voisin admet deux explications pathogéniques différentes de la démence épileptique. Chez les uns, la démence est directement occasionnée par les accès convulsifs et paraît être nettement de nature épileptique. Chez les autres, l'épilepsie est bien pour quelque chose dans l'apparition de la démence, mais elle n'en est pas la cause directe. C'est plutôt un même proces-

sus pathologique qui détermine d'un côté les manifestations convulsives et de l'autre côté la déchéance intellectuelle.

Marchand est allé plus loin dans la même voie, et son opinion est beaucoup plus avancée.

Il s'étonne d'abord qu'on ait toujours voulu voir, entre les accidents convulsifs et la démence, un rapport de cause à effet, et constate que quand ce rapport n'existe pas les auteurs en restent surpris. Puis, après avoir examiné successivement :

1° Les cas où la démence ou l'idiotie acquise peuvent apparaître avant l'épilepsie ;

2° Les cas où la démence n'apparaît qu'au moment où l'épilepsie cesse ;

3° Les cas où les épileptiques à accès fréquents peuvent atteindre un âge avancé sans présenter de démence ;

4° Les cas où la démence et l'épilepsie peuvent survenir après un traumatisme crânien ;

5° Les cas où l'épilepsie et la démence sont nettement les symptômes d'une lésion cérébrale, il conclut que « la démence épileptique n'existe pas en tant que démence causée par l'épilepsie. Il existe une démence qui survient chez certains épileptiques ; démence et épilepsie forment les éléments symptomatiques d'une affection cérébrale et peuvent être ses seuls symptômes ».

Cette dernière théorie est évidemment très séduisante et paraît être vérifiée dans un grand nombre de cas. Nous avons pu l'observer personnellement chez plusieurs de nos malades.

Ainsi G..., notre malade de l'observation VII, était un alcoolique invétéré ; il buvait jusqu'à 15 absinthes par jour. Or ses crises ont diminué depuis qu'il est à l'asile, en même temps que le sevrage de l'alcool, et son intelligence est restée affaiblie. La démence, qui n'est pas très accusée, mais qui existe pourtant, ne peut-elle pas être imputée aussi bien aux excès prolongés d'alcool auxquels G... s'est livré qu'aux accès convulsifs qu'il a présentés.

D'autres de nos malades, ceux des observations XII, XIII, XIV, ont présenté à divers degrés des idées délirantes plus ou moins systématisées. B... (XII) est continuellement persécuté et halluciné. Ch... (XIII) a un langage incohérent avec des phrases réticentes qui cachent un délire de persécution. M... (XIV) présente des accès d'agitation avec idées délirantes. Chez S... (X), les crises et le délire paraissent assez distincts l'un de l'autre. Le délire est augmenté par les crises, sans doute, en raison de l'état passager de confusion mentale post-convulsif, mais ne paraît pas être né directement sous leur influence.

A quoi, chez ces malades, faut-il attribuer la démence ? aux crises convulsives ou au délire ? Il est difficile de se prononcer ; mais on aurait tort d'étiqueter d'emblée ces malades déments épileptiques pour la seule raison qu'ils prennent des crises d'épilepsie, alors qu'ils peuvent être aussi bien des déments vésaniques secondaires.

On peut d'ailleurs admettre que dans ces cas mixtes, il y a une double influence qui favorise l'apparition de la démence, et que celle-ci sera plus précoce chez les

épileptiques qui présentent des accès d'agitation avec idées délirantes que chez ceux qui sont simplement atteints de phénomènes convulsifs d'ordre moteur.

Les observations I, II, XVII, nous montrent 3 sujets chez lesquels on trouve à l'origine de l'épilepsie des lésions importantes du système nerveux. D... (I) a une lésion cérébrale de la première enfance et c'est elle certainement qui est cause de l'arrêt de développement intellectuel et qui a fait de lui une sorte d'imbécile réfractaire à l'éducation. Les grandes crises survenues à l'âge de 17 ans ont seulement ajouté leur influence pour accentuer le degré de la démence. On peut en dire autant de B... (II) qui a eu des convulsions dans la première enfance et dont l'éducation a été impossible. S... (XVII) est atteint d'hémiplégie qui est survenue, il y a cinq ans, à la suite d'accidents cérébraux d'origine syphilitique, et les crises convulsives remontent à peu près à la même époque.

Chez ces malades, il est naturel de penser que ce n'est pas l'épilepsie qui est la cause de la démence, mais bien plutôt les lésions cérébrales, étant donné surtout le petit nombre d'accès convulsifs qu'ils ont présenté. Il s'agit, dans ces cas-là, de démence organique et non de démence épileptique.

Nous n'irons cependant pas aussi loin que M. Marchand, et nous pensons qu'il y a des cas où la démence est bien dûe réellement aux paroxysmes comitiaux. Si dans un grand nombre de cas on peut expliquer la démence par des lésions appréciables des centres nerveux, encéphalites de l'enfance, scléroses, ramollissements, abcès, tumeurs, etc., si dans d'autres on peut

l'expliquer par une vésanie associée, délire chronique, démence précoce, etc., il reste des cas où l'on ne constate pendant la vie aucun autre trouble que les crises convulsives, où l'on ne découvre après la mort aucune lésion apparente du système nerveux. Mais pour expliquer alors l'apparition de la démence, il ne suffit pas, à notre avis, de s'en tenir à la conception surannée de l'épilepsie névrose, et l'on doit s'éclairer le plus possible à la lumière des dernières conquêtes de la pathologie générale.

Dans ces dernières années, plusieurs auteurs, surtout en Italie, ont abordé la question de l'épilepsie sous un jour nouveau et ont cherché à la faire dériver de troubles nutritifs intimes soit de l'organisme entier, soit des éléments cérébraux seuls. Ils ont pensé voir son origine dans l'action pathogène d'une toxine endo-ou exogène ou dans l'insuffisance des fonctions physiologiques d'un ou de plusieurs organes.

Ceni, en particulier, a étudié la nature et les caractères des principes toxiques et antitoxiques du sérum du sang des épileptiques et en a conclu que l'attaque était due à un phénomène d'intoxication spécifique.

De Bück est arrivé aux mêmes résultats et pense que l'épilepsie vraie, la constitution épileptique repose sur une auto-intoxication. Pour lui, cette intoxication n'est pas due à un produit intermédiaire des échanges, mais à un vrai poison existant dans le sang des épileptiques et appartenant à la catégorie des cytotoxines.

A l'heure actuelle ces théories semblent avoir la faveur d'un grand nombre d'auteurs et c'est de ce côté que s'orientent les recherches scientifiques. N'oublions

pas que ces idées sont depuis longtemps celles que le professeur Pierret émet dans son enseignement et que pour lui les épileptisants sont le plus souvent des sujets qui ont eu pendant l'enfance ou dans la vie intra-utérine une lésion cérébrale suivie de guérison et persistant seulement sous forme de cicatrice, cicatrice qui est réveillée plus tard par des produits toxiques élaborés dans l'organisme.

Cette conception de l'épilepsie intoxication ne doit d'ailleurs pas nous étonner. Elle n'est pas en contradiction avec l'observation clinique. Ne peut-on pas rapprocher l'état de confusion mentale para-convulsif des accidents mentaux par lesquels se manifeste l'intoxication alcoolique aiguë, et de même la démence épileptique n'a-t-elle pas beaucoup de rapports avec l'affaiblissement psychique des alcooliques chroniques ?

Elle se manifeste en effet par les mêmes symptômes. L'activité intellectuelle et la capacité de travail diminuent. Le malade devient obtus, négligent, maladroit, L'amnésie antérograde plus ou moins accusée met le malade dans l'impossibilité d'acquérir des notions nouvelles, aussi le stock des idées devient-il de plus en plus pauvre. Le jugement est atteint. Le malade n'apprécie que très imparfaitement sa propre situation et la portée de ses actes. Les alcooliques chroniques arrivent à une démence progressive, mais lente, qui demande des années pour s'établir, et de plus elle cesse de progresser quand cessent les excès alcooliques. On peut en dire autant de l'épilepsie quand les crises deviennent plus rares.

Cette analogie entre les deux tableaux cliniques est

frappante et suffirait à elle seule pour faire penser qu'on doit trouver à l'origine des deux états une même condition pathogénique, intoxication exogène dans un cas, endogène dans l'autre. Mais les constatations microscopiques des auteurs qui ont fait des recherches sur les principes contenus dans le sang de ces épileptiques apportent à l'hypothèse un substratum scientifique qui lui donne beaucoup plus de valeur et nous autorisent à penser que les phénomènes d'auto-intoxication entrent pour une large part dans la pathogénie de la déchéance intellectuelle des épileptiques.

Nous n'avons pas à démontrer que l'imprégnation toxique des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale est capable de les désorganiser, de manière à perturber et même à suspendre leur activité. Cette démonstration est faite par l'existence de toutes les psychopathies des intoxications (alcoolisme, saturnisme, morphinisme, etc., auto-intoxications rénale, gastro-intestinale, hépatique, thyroïdienne, etc.) Constatons seulement que toutes ces psychopathies sont caractérisées par de la confusion mentale comparable exactement aux troubles qui suivent la crise d'épilepsie ou qui la remplacent, et que si, pour la plupart, elles n'aboutissent pas à la démence, c'est que la cause cesse une fois que l'apport des toxines est supprimé.

Pour nous l'épilepsie peut se placer à côté de toutes ces psychopathies causées par des toxines. Mais à chaque crise, à chaque manifestation, il y a une décharge de poison, et si la décharge n'est pas très forte, ne donnant lieu qu'à des états confus transitoires et de courte durée, elle est par contre souvent répétée et

c'est cette répétition qui à la longue finit par agir sur le neurone, troublant sa vie cellulaire et atténuant son activité.

Remarquons d'ailleurs que notre conception de la démence intoxication chez les épileptiques cadre parfaitement avec la pathogénie générale des démences de toutes sortes qui se rencontrent dans les asiles. En effet quels sont les aliénés qui deviennent déments ?

Il y a en première ligne les paralytiques généraux : leurs cellules nerveuses sont rapidement atteintes, transformées, puis détruites par le processus de méningo-encéphalite diffuse qui bouleverse l'écorce de leurs circonvolutions frontales. Il y a tous les états psychopathiques d'origine organique, encéphalopathies à lésions grossières, solitaires, multiples ou diffuses (hémorragies, ramollissements, tumeurs, abcès, scléroses, méningites), encéphalopathies d'origine toxique, aiguës (infections générales fébriles) et chroniques (tuberculose, pellagre, syphilis, alcoolisme, saturnisme, etc.), encéphalopathies d'origine vasculaire (artériopathies scléreuse, athéromateuse, sénile).

Enfin il y a tout un groupe d'affections cérébrales, vésanies chroniques, assez dissemblables en apparence, dont les descriptions se trouvent éparses dans les classifications des auteurs français et qui ont été rassemblées dernièrement, sous l'influence de Krœpelin, à cause de l'identité de leur évolution dans une même grande catégorie, la démence précoce.

On a discuté beaucoup, au Congrès de Pau (1904), sur la question de savoir si la démence précoce est une maladie constitutionnelle ou une maladie acciden-

telle. Les avis sont restés très partagés, les uns opinant pour une maladie accidentelle, acquise, les autres pour la dégénérescence. Nous n'avons pas à prendre parti dans le débat. Mais nous retiendrons seulement que M. Deny, l'éminent rapporteur, — et plusieurs aliénistes ont approuvé sa manière de voir — a conclu en admettant dans l'étiologie de la démence précoce l'existence et d'une prédisposition et d'une cause occasionnelle, celle-ci prédominante ; et les causes accidentelles qu'il fait intervenir le plus volontiers sont toutes réductibles à un processus d'autointoxication, trouble de la sécrétion des glandes sexuelles chez les jeunes sujets ou insuffisance fonctionnelle des glandes hépatique, rénale, surrénale, thyroïde, etc.

Des constatations les plus récentes de l'anatomie pathologique lui ayant montré l'analogie des lésions de la démence précoce avec celles des psychoses dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute pour personne, comme la confusion mentale et la psychose polynévritique, il conclut qu'il faut distinguer la démence précoce des folies dites dégénératives, et la rattacher avec Krœpelin au groupe des maladies mentales dues à une autointoxication.

Voilà donc toutes les maladies qui aboutissent à la démence, et l'on a vu que ce sont celles qui ont à leur base un processus anatomique évident ou un processus toxi-infectieux. A côté d'elles au contraire on constate qu'il existe toute une catégorie de psychoses, dites psychoses constitutionnelles, comprenant les états maniaques et mélancoliques purs, les folies intermittentes, les délires systématisés non hallucinatoires, les délires

des persécutés persécuteurs etc., psychoses qui ne sont précédées en général d'aucun état infectieux ou toxique, qui apparaissent chez des sujets à hérédité chargée et qui ne s'accompagnent à l'autopsie d'aucune lésion anatomique appréciable. Ces psychoses-là peuvent devenir chroniques, elles le sont même presque toujours, mais elles ne se terminent pas dans la démence. Si les sujets qui en sont atteints deviennent complètement indifférents, ne réclament plus leur sortie, c'est à cause de la longue date de leur internement, et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes ; s'ils paraissent plus tranquilles, c'est à cause de l'effacement du délire et de sa cristallisation. Mais si l'on veut bien les interroger soigneusement, on s'aperçoit qu'ils ont conservé l'exercice de leur activité psychique.

Entre les deux grandes classes de psychopathies, quelle est celle où l'on doit naturellement faire rentrer le groupe des épilepsies ? C'est évidemment la première. C'est parmi elle que doivent logiquement lui faire prendre rang les idées de M. le professeur Pierret et les travaux de Ceni et de de Bück. Nous croyons en effet qu'il faut supprimer le chapitre des démences névrosiques. Comme l'a dit M. Pierret, comme l'ont répété depuis un grand nombre d'observateurs, la démence a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable. Et l'on doit faire une place pour la démence épileptique à côté de toutes les démences organiques, celles-ci différant seulement entre elles par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Dr Papillon.)

Lésion cérébrale de l'enfance. — Epilepsie.
Arrêt de développement intellectuel. — Perversion morale.

D... Claudius, vingt-trois ans, entré à l'asile le 29 novembre 1899.

Père non alcoolique, mort d'affection pulmonaire.

Mère vivante, bien portante.

D... est le troisième d'une famille de huit enfants, dont trois sont morts, l'un de la variole, à dix ans ; le deuxième de convulsions, à neuf mois ; le troisième, de diarrhée, à trois ans. Ce dernier était frère jumeau de notre malade.

Jusqu'à trois ans, rien d'anormal. A cet âge, au moment de la mort de son jumeau, il eut, à la suite aussi d'une diarrhée, des convulsions avec attaque, à la suite de laquelle il fut paralysé du côté droit. Cette hémiplégie resta stationnaire pendant longtemps, l'empêchant de marcher. En même temps, le membre supérieur droit était tout à fait impotent et l'œil droit devenait le siège d'un strabisme prononcé.

Dès le début de cette paralysie, crises convulsives d'abord légères, puis plus fortes ; il ne tombait pas, mais perdait toute connaissance de ce qui se passait autour de lui.

Développement très lent, tant au point de vue physique qu'intellectuel. Ne peut apprendre à lire, à écrire. N'était

pas admis en classe à cause des crises qui effrayaient les autres enfants.

Vers dix-sept ans, il but, prit l'habitude de l'alcool : à partir de ce moment, grands accès convulsifs (chute à terre, convulsions, morsure de la langue, écume).

A l'âge de vingt-trois ans, ayant commis un attentat à la pudeur sur une fillette, il est examiné par un médecin aliéniste, le D^r Carrier, qui écrit sur lui le rapport suivant :

« Aspect d'un adolescent de quinze ans, quoique âgé de vingt-trois ans. Physionomie béate, défaut d'expression. Boite légèrement, en traînant la jambe droite, qui paraît plus faible et moins développée que l'autre. Il ne se sert que très imparfaitement du bras droit, qui est contracturé et manifestement plus court que le gauche. Les doigts de la main droite sont animés de mouvements involontaires (mouvements athétosiques). Lésion du cerveau survenue dans la première enfance : 1^o accidents convulsifs qui se sont aggravés sous l'influence des excès de boisson ; 2^o défaut de développement intellectuel (attention assez facile à fixer, mais hésitation à comprendre les questions les plus simples, répond au hasard sans savoir ce qu'on lui demande). Mémoire que pour les choses les plus simples. Aucun calcul. Determinations plutôt instinctives que raisonnées. Conscience restreinte de ce qui est bien et de ce qui est mal. Répond qu'il est là « parce qu'il a fait des saletés avec une petite fille. »

« En somme, intelligence très peu développée et sentiments moraux presque nuls. D... est un épileptique qui doit à une lésion cérébrale ancienne et à son épilepsie un état d'idiotie marquée. »

Février 1908. — Crises fréquentes, une dizaine par mois environ.

L'aura serait constituée par une boule qui l'étouffe ; en même temps, la tête lui tourne. Tombe brusquement en poussant un cri, pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urine. Convulsions commencent par le bras gauche

et se généralisent. Durée, dix minutes. Les trois périodes existent. Se réveille abruti.

Pas de vertiges, pas d'absences.

Très calme, très tranquille. Jamais d'agitation, pas violent, ne frappe pas.

Ne sait pas depuis combien de temps il est à l'asile. Nous sommes en février 1908. Ne sait pas son âge à l'heure actuelle.

OBSERVATION II

(Service de M. le Dr Papillon.)

Convulsions dans la première enfance. — Imbécillité.
Epilepsie.

B... Antoine, seize ans, entré à l'asile le 15 avril 1901.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

Convulsions dans la première enfance.

N'a jamais été à l'école. Ne sait ni lire, ni écrire. Sait un peu compter.

A la mort de son père, à l'âge de douze ans, il fut recueilli par charité par son beau-frère. Celui-ci dut s'en séparer parce qu'il se masturbait devant ses enfants. Aucun membre de sa famille ne voulut se charger de veiller sur lui.

On le mit en traitement à l'hospice de Givors.

C'est la municipalité de cette ville qui a demandé l'internement de B... à l'asile de Bron. Il n'est pas dangereux, disait la supérieure de l'hospice de Givors, mais il faut le surveiller comme un enfant de deux ou trois ans.

Actuellement, prend des crises pas très fréquentes, généralement à la soupe du matin. Incapable de signaler s'il a une aura. Les crises sont complètes, mais courtes et peu fortes. Il n'est pas troublé après. Tombe toujours en arrière. Pas de cri, pas de morsure de langue, pas d'émission d'urine.

Il est bègue et nasonne en parlant. Parole brève, brusque.

Ne se rappelle pas l'année de sa naissance. Sait cependant que nous sommes en 1908, qu'il est entré en 1901 et qu'il a environ vingt-trois ans. Ne se rappelle pas pourquoi on l'a amené.

Caractère doux ; pas violent, ni impulsif. Ne réclame pas. Assez bon travailleur, balaie, essuie, compte le linge. Se tient assez propre.

On ne l'a jamais pris à se masturber. N'aurait pas de mauvais instincts, d'après les gardiens.

Myopie très forte.

OBSERVATION III

(Service de M. le Dr Papillon.)

Traumatisme à trois ans. — Début de l'épilepsie à sept ans. —

Vertiges d'abord, puis crises véritables à quatorze ans. —

Accès en séries, très répétées. — Confusion et agitation post-convulsives. — Démence.

N... Pierre, sans profession, dix-sept ans, entré à l'asile le 28 juin 1904.

Extrait du certificat du commissaire de police : « Atteint de crises épileptiques depuis l'âge de sept ans. Depuis quelques mois son état s'aggrave d'une façon inquiétante pour lui-même et pour les personnes de son entourage. Actuellement prend une à deux crises par jour. Absence presque complète de la mémoire, hébétude constante. Brutalité. Plusieurs fois il a injurié et violenté ses deux sœurs âgées respectivement de quinze et treize ans et il a même tenté des attouchements sur cette dernière. Il y a quinze jours, a frappé son père et sa mère à coups de manche à balai sur la tête. A frappé brutalement plusieurs personnes de son entourage ».

Pas d'aliénés, ni d'épileptiques dans sa famille.

Père et mère vivants et bien portants.

Trois sœurs bien portantes dont il est l'aîné.

A l'âge de trois ans, serait tombé dans un lavoir ; on l'aurait retiré et fait revenir à lui à grand'peine. Mais pas de suites graves.

Pas de convulsions de l'enfance. Pas de fièvres éruptives.

Prendrait des crises depuis l'âge de sept ans, les attribue à sa noyade.

De sept à quatorze ans n'aurait eu que des vertiges.

A quatorze ans crises véritables. En prenait en moyenne quatre par mois, sans périodicité régulière. Se mordait la langue et pissait involontairement. La crise partait de l'estomac « comme des renvois qui remontent au gosier ». A ce moment, il avait devant les yeux comme une impression de rouge, voyait « trente-six chandelles » et tombait.

Depuis qu'il est à l'asile, prend des crises par séries, revenant à peu près tous les mois, il est arrivé à en prendre jusqu'à trente par jour pendant un état de mal qui dura douze jours en décembre 1907. Les premières crises de la série sont les plus fortes. Souvent ses crises deviennent subintrantes.

Après cet état il reste alité huit ou dix jours, complètement abattu ; incapable de répondre à une question. Puis peu à peu les facultés cérébrales se réveillent et il sort de sa torpeur.

Il est alors doux, assez travailleur, docile, mais comprend difficilement. Ses réponses sont lentes, quoiqu'assez correctes. Sa mémoire est ralentie et diminuée.

OBSERVATION IV

(Service de M. le D^r Papillon).

Crises convulsives pendant trente-quatre ans. — Un accès d'agitation et de délire motivant l'internement. — Affaiblissement intellectuel sans démence véritable.

B... Léonard, maçon, quarante-cinq ans, entré à l'asile le 25 février 1904.

Père mort à quatre-vingts ans, pas alcoolique ni épileptique.

Mère morte poitrinaire.

Rien à noter chez les grands parents ni les collatéraux.

Pas de convulsions dans l'enfance. Pas d'incontinence nocturne d'urine.

La première crise a eu lieu à l'âge de seize ans. Depuis il en a pris régulièrement une ou deux tous les mois environ.

Entré à l'asile à l'âge de quarante-six ans à l'occasion d'un accès d'agitation et de délire.

Actuellement, prend des crises surtout nocturnes, quatre par mois environ. Au réveil il n'est pas troublé, n'a pas d'agitation post-convulsive. Rien dans l'intervalle des crises.

Son intelligence paraît assez peu touchée, mémoire intacte. « Il a cinquante ans, est né le 2 octobre 1858. Nous sommes en 1908. Il est entré ici en 1904, le 25 février, il y a par conséquent quatre ans. » Il sait bien sa table de Pythagore. Se rappelle les quelques notions d'histoire et de géographie qu'il a pu apprendre autrefois.

Propre, assez sociable, mais réclameur, jaloux, prompt à se mettre en colère. Sollicite beaucoup, jamais content; boudeur, entêté, refuse de manger quand il a une contrariété. Ne veut s'occuper à aucun travail.

Réponses lentes, hésitantes. Parole un peu embarrassée.

OBSERVATION V

(Service de M. le Dr Papillon.)

Convulsions dans l'enfance. — Début de l'épilepsie à l'âge de dix ans. — Confusion et agitation post-convulsives avec idées délirantes. Affaiblissement intellectuel.

T... Jean-Baptiste, cultivateur, trente ans, entré à l'asile le 28 décembre 1892.

Père mort vers quarante-cinq ans, d'une affection hépatique non alcoolique.

Mère vivante et en bonne santé, mais méchante, prompte à la colère, le battait à coups de manche à balai.

Un frère bien portant.

N'a pas connu ses grands-parents paternels.

Un frère de sa grand'mère maternelle était aliéné.

Convulsions dans le bas âge.

Dans l'enfance, variole, scarlatine.

Aurait eu des vers.

Incontinence nocturne d'urine.

A dix ans, première crise. Serait survenue une nuit après que sa mère l'aurait battu. Pendant huit ans environ, il eut surtout des vertiges qui survenaient à des époques assez rapprochées.

Vers dix-huit ans, il prit alors de véritables crises. D'abord légères et rares, elles sont allées toujours en augmentant de nombre et d'intensité, jusqu'à devenir à peu près journalières au moment de l'entrée du malade à l'asile à l'âge de trente ans. Elles surviennent plutôt la nuit, et le malade s'en aperçoit le matin en voyant son lit mouillé ou sa langue mordue.

A l'entrée, délire diffus, incohérent. Dit qu'il a été empoisonné par le vitriol, parle de tuer celui qui l'a empoisonné.

Février 1908. — Actuellement, crises assez fréquentes, six par mois en moyenne, généralement diurnes. Pas de vertiges, ni d'absences.

Au moment de ses crises, pas d'aura d'aucune sorte. Il pâlit, ne crie pas, tombe. Les mouvements convulsifs commencent par la jambe droite, mais la généralisation est complète et se fait très vite. Durée, cinq minutes. Après les crises il traîne la jambe droite. Au réveil, assez fréquemment, il marche pendant un quart d'heure environ en cercle sans se rendre compte de ce qu'il fait.

Après les crises, dit-il, les souvenirs d'enfance lui revien-

ment, surtout ceux des mauvais traitements qu'il a reçus de sa mère. Pas d'hallucinations de l'ouïe, ni de la vue. Dit que les vers sont cause de sa maladie : « Au plein de la lune, les vers qui étaient au derrière remontent au cerveau (il montre la racine du nez). Dans le nez ça lui tourne et dans le derrière ça le pique, et quand ça passe par le cœur, ça lui donne des pensées, les souvenirs de ses mauvais traitements. »

Bon caractère, docile, travailleur, mais exigeant, réclameur. Humeur assez gaie.

Mémoire relativement conservée, sauf de ce qui se passe dans les accès. Ne sait ni lire ni écrire, n'a jamais rien pu apprendre. Sait juste signer son nom.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Dr Papillon.)

Ethylisme. — Début des crises convulsives à l'âge de vingt-trois ans. — Confusion et agitation post-paroxystiques. — Démence avec troubles moteurs.

E... Claude, trente-neuf ans, cultivateur, entré à l'asile le 12 septembre 1907.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires, ni personnels.

Intelligent, assez bon élève dans ses classes.

Service militaire seulement deux mois comme fils aîné de veuve (?). Pas réformé.

Crises depuis l'âge de vingt-trois ans, époque à laquelle il se marie.

Buvait beaucoup et surtout ne supportait pas la boisson.

Chez lui était excité après ses crises, quelquefois pendant huit jours, était violent, frappait sa femme et ses bêtes. Croyait que tout le monde lui en voulait.

Son intelligence se serait affaiblie progressivement depuis

l'âge de trente ans. Prenait en moyenne une crise tous les quinze jours.

24 octobre 1907. — Ne se rappelle pas au juste depuis quand il est ici, ni pourquoi on l'y a amené.

Il y a dix jours, a eu trois crises dans la nuit avec obnubilation légère consécutive. Actuellement très obtus. Ne se rappelle pas.

Mars 1908. — Prend des crises d'intensité moyenne avec perte de connaissance, morsure de la langue et miction involontaire. Phases tonique et clonique suivies d'un sommeil d'une demi-heure, se réveille un peu plus confus que de coutume. Pas de périodes d'agitation.

Pas de vertiges, ni d'absences.

Mémoire très affaiblie, dit avoir trente-huit ans, ne se rappelle plus s'il est entré au mois d'août ou de septembre dernier. Ne sait pas l'année, dit d'abord 1901, puis 1909,

En somme, très dément, apathique, solitaire, complètement dépourvu d'initiative, oublie les ordres qu'on lui donne, incapable de tout travail.

Assez propre, mange de bon appétit, pas gloutonnement. Pas violent, ni jaloux, ni réclameur.

Répond à peu près aux questions qu'on lui pose, mais lentement. Retard de la perception et lenteur de l'ideation ; s'arrête au milieu de ses phrases.

Troubles de la parole comparables à ceux de la paralysie générale. Traîne sur les mots, pas d'achoppement syllabique.

Face inerte, sans expression. Légère inégalité pupillaire $G < D$. Pupilles réagissent à la lumière. Pas de tremblements de la face, ni de la langue. Abolition complète des réflexes.

OBSERVATION VII

(Service de M. le D^r Papillon.)

Absinthisme. — Début des crises convulsives à trente-quatre ans.
Accès de confusion avec agitation. — Affaiblissement intellectuel.

G..., Jean-Baptiste, quarante-quatre ans, électricien, entré à l'asile le 27 septembre 1902.

Père mineur, mort « de faiblesse ». Était nerveux, buveur, pas de crises.

Mère assez nerveuse.

Du côté des grands-parents et des collatéraux rien à signaler au point de vue névropathique.

Pas de convulsions de l'enfance. Pas de fièvres éruptives. Pas d'incontinence nocturne d'urine.

Gamin verrier de huit à quinze ans, dit qu'on lui donnait des coups sur la tête. De quinze à dix-sept ans rogneur verrier. Puis de dix-sept à vingt et un ans souffleur. Devient buveur. Est resté verrier jusqu'à vingt-six ans.

A partir de vingt-six ans la verrerie le fatigant, partit pour Paris et apprit la fabrication des lampes électriques et la pose. Ne prenait pas encore de crises. Reste à Paris jusqu'à trente-quatre ans. Buvait beaucoup : gagnait par jour 7 à 8 francs qu'il dépensait en grande partie en absinthe et en vin blanc.

A trente-quatre ans, quitte Paris. Devient voyageur pour une maison de lampes et d'appareils électriques, parcourt une partie de la France, va en Suisse, en Belgique, à Turin, Florence, Venise.

A partir de trente-quatre ans prend des crises. On le ramassait dans la rue. Buvait beaucoup, jusqu'à quinze absinthes par jour.

A quarante-quatre ans, on l'amène à l'asile de Bron, arrêté par deux gardiens de la paix, il jetait des pierres à

deux pêcheurs, puis leur donnait des coups de pied. Il divaguait et tenait des propos incohérents. Cherchait à mordre les agents. Disait être la statue de Carnot.

Quinze jours après son entrée à l'asile, il est redevenu calme, docile, n'a plus de conceptions délirantes. Convient que s'il a dit être la statue de Carnot, c'est qu'il était malade.

Pendant son séjour à l'asile, crises assez rares, trois ou quatre par mois. Semblent avoir diminué avec le sevrage de l'alcool. Pas d'accès d'agitation, ni de délire depuis longtemps.

Mémoire relativement diminuée, moins précise, il en a conscience lui-même. Affaiblissement intellectuel assez notable.

Humeur sombre. Se plaint continuellement, réclameur, obséquieux, jamais content. Facilement excitable, prompt à s'emporter, serait facilement violent, et frapperait. Cette excitabilité se manifeste surtout avant les crises.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le D^r Papillon.)

Traumatisme à l'âge de vingt ans. — Ethylisme, — Crises convulsives pendant trente-six ans. — Accès d'agitation. Démence peu accusée.

B..., Claude-Marie, vingt-neuf ans, entré à l'asile le 25 avril 1879.

Père et mère vivants. Trois sœurs et un frère.

Pas de parents aliénés ni épileptiques.

Pas de maladies de l'enfance.

En 1870, à l'âge de vingt ans il reçut une balle qui lui cassa cinq dents de la mâchoire inférieure et qui se logea dans la joue. Cinq jours après il reçut un éclat d'obus dans le coude gauche. Porté à l'ambulance, il en sortit peu de temps après, non guéri et fut attaqué par cinq uhlands qui

le frappèrent, le dévalisèrent et le jetèrent dans un fossé. Il est resté ensuite huit mois à l'hôpital de Marseille.

A sa sortie, il fit de nombreux excès alcooliques, but principalement de l'eau-de-vie en grande quantité.

En 1872, âgé de vingt-deux ans, il s'aperçut qu'il prenait des crises. Les crises ont commencé la nuit. Il était alors très agité, avait des cauchemars et se croyait encore sur le champ de bataille.

Prenait des crises complètes, trois ou quatre par semaine environ. Quelques-unes étaient suivies d'accès d'agitation pendant lesquels B... était très violent et ne se sentait plus maître de lui.

C'est à la suite d'un de ces accès qu'il fut interné à l'asile de Bron, en 1879, à l'âge de vingt-neuf ans.

En 1891 on note qu'il a conservé la mémoire, mais qu'il a un peu de lenteur et d'obtusion intellectuelle, qu'il est très méchant et se bat souvent. Au membre supérieur gauche on constate une déformation considérable de l'articulation du coude; les mouvements de flexion sont limités, le malade tient le bras dans l'extension et ne peut fléchir l'avant-bras au-delà de l'angle droit. Mouvements de pronation et de supination diminués.

Mars 1908. — Actuellement prend toujours des crises, mais assez rares. A toujours au moment de ses crises des accès d'agitation pendant lesquels il est très violent et impulsif, frappe ses voisins et se collète avec les gardiens.

En temps normal est assez calme, mais exigeant et susceptible.

Prend des accès de bouderie; parce qu'on l'a changé de division, il devient de mauvaise humeur, refuse de manger, se met à trembler continuellement. On le remet dans sa division, il refuse encore de manger, veut rester au lit, se dispute avec les gardiens qu'il essaie de frapper. Une pièce de cinq francs qu'on lui a envoyée l'a guéri de son accès.

Son intelligence est affaiblie, mais il n'est pas très dément. Il sait qu'il est à l'asile depuis vingt-huit ou vingt-

neuf ans, mais ne sait pas dire en quelle année nous sommes. A des camarades, avec lesquels il cause et joue aux cartes. Mange proprement.

Inégalité pupillaire $D > G$.

La parole n'est pas très nette ; traînante et saccadée.

Tendance à la contraction et au tremblement à la suite de contrariétés et après les crises.

Aux mains, rhumatisme déformant qui empêche l'extension des doigts.

Au coude on voit le point de pénétration de la balle qu'il a reçue.

Au côté gauche on constate une consolidation vicieuse de fracture de côte, avec fragment sternal en saillie. B... prétend que c'est une tumeur qu'on lui a ouverte à plusieurs reprises depuis qu'il est à Bron, et par laquelle on lui fait perdre tout son sang.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Dr Papillon.)

Epilepsie depuis l'enfance. — A trente-deux ans état de mal, accompagné de confusion et d'agitation avec idées délirantes.
— Affaiblissement intellectuel peu marqué.

C... François-Joseph, manœuvre, trente-deux ans, entré à l'asile le 26 août 1907.

Le certificat d'admission porte : Epilepsie avec équivalents « hallucinations et agitation. »

Se tient difficilement debout. Très affaibli ou très troublé. Ne sait pas en quelle année nous sommes. Prendrait des crises depuis l'âge de huit ans.

L'interrogatoire ne donne pas grand chose. C... parle difficilement, parole traînante, embarrassée, comme celle d'un paralytique général, cherche ses mots, paraît très dément. Impossible de lui faire dire s'il a une aura, s'il se mord la langue, s'il urine pendant sa crise, etc.

D'après le procès-verbal du commissaire de police, on a trouvé le malade sur son lit, les yeux hagards et proférant des menaces à l'encontre de sa propriétaire, qu'il traitait de vache, de salope et qu'il menaçait de tuer avant qu'elle réussisse à lui voler son argent. Depuis deux jours, il ne prenait aucune nourriture et avait manifesté des idées de suicide.

Père mort d'accident.

Mère morte asthmatique, de caractère très impressionnable, violente, emportée.

Pas de renseignements sur les grands-parents.

Six frères ou sœurs. Cinq sont morts il ne sait pas de quoi. La sœur vivante est migraineuse, à accès tous les quinze jours environ.

Il est le dernier né. Son père avait quarante-quatre ans et sa mère trente-neuf au moment de la conception.

A l'âge de trois ans et demi, premières crises convulsives qui se répètent jusqu'à huit ou neuf ans. A pissé au lit jusqu'au même âge. Prenait une crise par semaine en moyenne, généralement nocturne ; les sentait venir : Elles commençaient par des fourmillements dans le bras droit, puis envahissement du côté droit de la face et bourdonnements d'oreille. A ce moment il perdait connaissance après avoir choisi l'endroit de sa chute quand la crise était diurne.

Après les crises il se sentait abattu pendant un quart d'heure ou une demi heure.

Avait assez de facilité dans ses études ; était troisième ou quatrième sur quinze ou vingt élèves.

Deuxième période. — De neuf à vingt-deux ans, les crises sont plus rares. Il restait quelquefois six mois sans en prendre. Mais il prenait des vertiges qui débutaient toujours par un fourmillement dans la main droite.

Service militaire. — Fait dix mois de service, comme dispensé, à Besançon, au 159^e, sans signaler son mal, et ne prend point de crises pendant ce laps de temps. Fut réformé ensuite.

A partir de vingt-deux ans, les crises reviennent, fréquentes, sans qu'on puisse expliquer pourquoi. Une crise par mois en moyenne. Il arrive quelquefois à faire avorter la crise, en faisant accomplir à la main droite, avec l'aide de la main gauche, des mouvements d'extension forcée.

Vers le 23 août 1907, crises répétées, véritable état de mal, avec confusion, agitation et conceptions délirantes, qui amène le malade à l'asile. Cet état dure jusqu'au 31 août. Les trois derniers jours, C... prend 20 crises par jour.

Il reste quatre semaines à l'infirmerie, complètement obnubilé et très agité. Au bout de ce temps, l'état de confusion disparaît, et on passe le malade à la 5^e division, où il ne délire plus. Il n'a pas déliré depuis lors et n'a pris que des crises assez rares, 1 ou 2 par mois en moyenne.

Caractère doux, serviable, travailleur, pas violent. Humeur gaie.

Mémoire conservée, sauf en ce qui concerne la période de délire. Le lendemain des crises, paresse intellectuelle avec diminution passagère de la mémoire.

Raisonnement et jugement sont bons. Instincts normaux.

OBSERVATION X

(Service de M. le Dr Papillon.)

Traumatisme dans l'enfance. — Alcoolisme. — Début des crises à vingt-cinq ans. — Internement à vingt-sept ans, à l'occasion d'un accès d'agitation. — Idées délirantes constantes, même en dehors des crises. — Affaiblissement intellectuel.

S... Pétrus, maréchal-ferrant, vingt-sept ans, entré à l'asile le 25 décembre 1901.

Père mort d'une attaque.

Mère alcoolique.

Deux sœurs bien portantes. Un frère mort en bas-âge.

Pas de convulsions dans l'enfance, pas de scarlatine, pas de vers intestinaux. Pas d'incontinence d'urine.

A l'âge de trois ans, est tombé dans une rivière et a été retiré en état de mort apparente.

Prend sa première crise à vingt-cinq ans. Buvaît à ce moment 3 à 4 litres de vin par jour et plusieurs absinthes.

Crises tous les mois ou tous les deux mois.

Interné à l'asile de Bron à vingt-sept ans, à l'occasion d'un accès d'agitation. Criait et gesticulait sur une place publique.

Depuis qu'il est à l'asile, crises d'intensité moyenne, 5 à 8 par mois environ. En fait d'aura, sensation de bien-être général. Pas de cri, se mord la langue et les lèvres. Ne tombe pas violemment. 3 périodes. Après le stertor, gémit, puis se lève tranquillement, un peu troublé.

En dehors de ses crises, S... présente constamment une sorte de délire diffus, où dominent les idées mystiques, sans systématisation. Le médecin est sa mère, sa tendre mère, morte à l'âge de trente-deux ans, Madeleine Pupier. Il est aussi Christine, une de ses cousines. Un autre médecin de l'asile est Sadi Carnot. A d'autres moments, dit qu'il est le bon Dieu, et qu'il a annoncé la mort de sa mère quand il n'avait que dix ans. « Vous êtes tous un morceau de moi. »

N'est pas halluciné de l'ouïe.

Ecrit des lettres remplies de conceptions philosophico-mystiques plus ou moins incohérentes. « Je ne suis pas malade, et en moi est un très grand mystère, que l'homme ne pourra jamais comprendre... Pourquoi me tenez-vous enfermé, moi qui donne la liberté à tout le monde, jusqu'aux bêtes, durant leur passage sur la terre... Malgré cela, je ne vous rejette pas, au contraire, je vous enseigne votre devoir et faites votre petit passage sur la terre du mieux que vous pourrez... Vous verrez qu'un jour à l'avenir, si vous croyez en moi, vous serez au nombre des élus... Je ne suis d'aucune société et d'aucun parti politique. Je

ne suis qu'une chose catholique, apostolique et romaine. Ma femme qui est l'Eglise est une, sainte et universelle. Dieu, Patrie, Liberté. Ayez du courage. »

Quand on l'interroge pendant un instant, parle d'abord très bien, avec à-propos et très correctement, raconte l'histoire de sa jeunesse. La mémoire est à peu près intacte. Il se rappelle l'endroit où il allait à l'école et le nom de ses maîtres. Peut dire les noms des officiers qu'il a connus pendant son service militaire à Toul. La mémoire des faits récents est aussi conservée. Sait bien compter, et se rappelle les notions courantes d'histoire et de géographie.

Puis, si on le laisse aller, se met à délirer : « C'est vous qui êtes Christine, vous êtes mon père et ma mère, vous êtes le bon Dieu », et si on a l'air de douter, il tire une croix de sa poche et affirme très énergiquement ses idées : « Vous êtes le bon Dieu, je l'affirme. »

Si on lui pose de nouveau une question précise, répond immédiatement avec correction. En somme, son délire est tout à fait partiel.

Dans la journée reste souvent dans un état d'hébétude marquée. Apathie prononcée. Reste longtemps assis, immobile, sans besoin d'activité. Sa volonté est évidemment très atteinte. Ne travaille pas.

Doux, docile, pas méchant, ni violent. A bon caractère. Est, en général, satisfait, très content, « ne peut pas être mieux ». Joue parfois aux cartes, est bien à son jeu, ne se laisse pas tricher par ses camarades, mais de temps en temps prononce des propos incohérents.

Le délire est constant et revient quel que soit le jour où l'on interroge S..., au moment des crises ou dans l'intervalle. Après les crises, il est seulement un peu plus troublé et délire avec plus d'abondance et plus de volubilité.

OBSERVATION XI

(Service de M. le D^r Papillon.)

Début de l'épilepsie vers l'âge de vingt ans. — Alcoolisme. — Conceptions délirantes à l'occasion des crises. — Affaiblissement intellectuel.

L... Alexis, apprêteur, trente et un ans, entré à l'Asile le 1^{er} octobre 1906.

D'après le certificat d'admission « crises précédées ou suivies de troubles mentaux affectant tantôt le type de persécution (malade jaloux, soupçonneux, proférant des menaces pour son entourage), tantôt le type de mégalo-manie (dit qu'il peut tout ce qu'il veut, marcher sous la terre, passer par la fenêtre pour descendre au rez-de-chaussée), tantôt perte complète de la conscience (malade se promène très agité, proférant des paroles incohérentes). »

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Un frère et une sœur maladifs. La sœur a perdu deux enfants en bas âge par suite de méningite.

Personnellement, pas de maladies de l'enfance. Une blennorrhagie. Pas de syphilis.

A fait trois ans de service militaire sans être réformé. Dit cependant qu'il prenait déjà des crises à ce moment-là, mais toujours pendant la nuit.

Fut caviste à la Compagnie des wagons-lits. A ce moment, buvait du vin, 2 litres par jour, et du picon. De plus, manipulait constamment de l'alcool. Il prenait une crise mensuelle toujours nocturne, avec céphalalgie consécutive et légère obnubilation intellectuelle. Il y a un an, il avait perdu la raison, voulait se tuer, avait de grandes colères.

12 décembre 1906. — A la suite d'une crise, agitation au cours de laquelle il demandait une arme pour se suicider.

22 février 1908. — Ne prend presque que des crises nocturnes, trois ou quatre par mois environ,

A conscience qu'il perd la mémoire depuis qu'il prend des crises. Mais, quand les crises se raréfient, sa mémoire revient un peu.

Très violent en temps normal, en a conscience et le déplore, mais dit qu'il ne peut faire autrement. Assez exigeant, réclame souvent.

Inégalité pupillaire. Réaction paresseuse à la lumière.

Réflexes rotuliens exagérés.

Force musculaire assez bien conservée.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Dr Papillon.)

Hérédité collatérale. — Maison de correction jusqu'à vingt ans.

Crises convulsives. — Idées de persécution et hallucinations.

— Démence.

B... Stanislas-Joseph-Henri, quarante-deux ans, entré à l'asile de Bron, le 16 novembre 1900.

Un oncle prenait des étourdissements. Un neveu en prend aussi.

Père mort de vieillesse à soixante-dix-huit-huit ans.

Mère vivante, en bonne santé.

Trois sœurs et trois frères.

Pas de convulsions dans l'enfance. A pissé au lit jusqu'à six ans.

Est resté dans une maison de correction jusqu'à l'âge de vingt ans, à Beau-Recueil, à proximité d'Aix-en-Provence. Y a appris le métier de cordonnier. Ne prenait pas de crises alors.

A fait son service militaire comme infirmier pendant cinq ans, puis est revenu à Avignon où il est resté dix-huit ans tranquille. Ayant appris à faire des tours d'équilibre à Beau-Recueil, aux moments où il n'avait pas de travail, il utilisait ses petits talents sur les places publiques. Avant

son entrée à l'asile, il avait, dit-il, signé un engagement au cirque Rancy pour y faire toutes sortes d'exercices.

On ne peut savoir à quelle époque remontent ses crises convulsives.

Entré à l'asile il y a huit ans, amené de l'Hôtel-Dieu en état de confusion et d'incohérence complète ; avait perdu complètement la mémoire.

Actuellement prend toujours des crises. Tombe à la renverse sans se blesser. Pas de cris, pas de morsure de langue, pas de miction involontaire. Sommeil après le stertor.

Se réveille troublé, s'assoit complètement ahuri, ne dit rien, ne fait pas de gestes ; cet état dure environ un quart d'heure. Puis B... reprend son état normal.

Il est continuellement persécuté et halluciné. A chaque instant court aux fenêtres, en disant qu'il voit passer quelqu'un. On l'injurie, on le traite de vieille bourrique, de vieux salaud. On le bouscule, on lui envoie de mauvaises odeurs.

Pendant son sommeil a des rêves avec visions, voit ses parents ou des personnes qu'il a connues autrefois.

Sa mémoire est très touchée. Croit être à l'asile depuis seulement deux ou trois ans et ne prendre des crises que depuis dix-huit mois. Incapable de s'astreindre à un travail régulier. Cependant, assez rusé, joue aux cartes et aux dames, même un peu carottier.

Se tient propre, mange convenablement, mais on est obligé de le conduire à table, sinon il oublie l'heure des repas.

Très apathique. Ne regarde pas en face quand on l'interroge. Peut-être aussi est-ce un réticent et cette attitude est-elle en rapport avec les idées de persécution qu'on a constatées chez lui à d'autres moments.

De temps à autre pendant l'interrogatoire présente de petits mouvements convulsifs ou parfois du tremblement de tout le corps. La parole est légèrement embarrassée.

Othématomes cicatrisés aux deux oreilles. Pupilles se dilatent mal. Palais profond. Occipital en saillie.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le Dr Papillon.)

Epilepsie depuis l'âge de seize ans. Trois séjours à l'asile pour troubles mentaux postconvulsifs. — Idées de persécution indépendantes des crises. — Accès de mutisme. — Affaiblissement intellectuel.

Ch... Louis, vingt-sept ans, sans profession, entré à l'asile de Bron, le 29 novembre 1899.

Avait déjà fait deux séjours au même asile, en 1894 et en 1896.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

Prend des crises d'épilepsie depuis l'âge de seize ou dix-sept ans, une ou deux par mois en moyenne. Les sent venir; un quart d'heure avant il éprouve un gonflement dans la poitrine.

Novembre 1899. — Trouble intellectuel très accentué. Obtusion. Répond difficilement.

Février 1908. — Ne veut pas parler. Montre par signes que sa bouche ne veut ou ne peut pas fonctionner. Mais il accepte de répondre par écrit :

Votre âge? — Trente-cinq ans et demi.

L'année de votre naissance? — 1872, le 18 juillet.

L'année de votre entrée ici? — 1900 (inexact).

Depuis combien de temps y êtes-vous? — Huit ans le 29 novembre (inexact).

En quelle année sommes-nous? — 1908.

Crises assez fréquentes, violentes. Pas de cri, ne se mord pas, pas de mictions. Les trois périodes. Sommeil de quinze minutes après le ronflement. N'est troublé que quand il prend plusieurs crises de suite. Depuis son entrée à l'asile, il prend environ cinq ou six crises par mois.

24 mars 1908. — Répète assez souvent qu'il est sous la domination de quelqu'un, que quelqu'un est maître de son intelligence. A noter qu'il n'a pas pris de crise depuis le 19.

Raconte que son beau-frère l'aurait accusé d'avoir violé une jeune fille et lui aurait fendu le crâne avec une canne à épée.

Parle depuis le 21, assez abondamment et même spontanément. Parole hésitante et traînante, difficulté extrême à achever les phrases, il paraît oublier tout à coup ce qu'il allait dire; passe d'une idée à l'autre sans qu'on puisse retrouver le plus souvent le mécanisme de l'association.

Impossible de savoir s'il a des hallucinations. Ne travaille pas.

29 avril 1908. — Après un nouvel accès de mutisme d'une huitaine de jours, Ch., s'est remis à parler. Son langage est incohérent, mais traduit des idées de persécution. « Si c'est vous qui l'avez endormi ce n'est pas moi. Seulement vous avez dit que c'était moi, et moi je me crois très honnête... Vous abusez de moi, et ça se verra, ça se verra... Si l'on fait parler un autre pour moi, vous comprenez... Vous pourriez vous être trompé ou avoir été trompé... »

Il y a dix jours que le malade n'a pas pris de crises.

Pourquoi restiez-vous sans parler? — C'est de crainte de me disputer, de me chicaner, et que l'on me dise de me taire...

Ch..., présente en somme une espèce de démente incohérente avec idées de persécutions, comme celle qu'on voit chez les vieux persécutés. Il est probable que ses accès de mutisme sont provoqués par des idées délirantes ou par hallucinations auditives. Mais le malade est un méfiant et un réticent. On ne peut le faire causer librement et il paraît cacher un délire systématisé assez actif.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le D^r Papillon.)

Début des crises vers l'âge de quinze ans. — Internement à trente-quatre ans. — Agitation délirante précédant les accès. Démence.

M..., Antoine dit Emile, apprêteur, trente-quatre ans, entré à l'asile le 17 septembre 1905.

D'après l'extrait du procès-verbal d'enquête, il « se promenait dans la rue, gesticulant et criant, tenait des propos sans suite tels que ceux-ci « Viens-tu Rémus? nous partons... en avant... à Saint-Etienne... », interpellant un voisin, il lui demandait : « Es-tu toujours le Dieu de la nature?... à Paris... viens, partons. »

Père vivant. A souvent des maux de tête. Mère bien portante.

On ne peut arriver à tirer de lui des renseignements sur ses parents, et les rares qu'il donne sont bien sujets à caution.

Crises depuis l'âge de quinze ou seize ans.

Ne paraît pas sentir l'approche de ses crises. Interrogé pour savoir s'il a une aura, donne des explications embrouillées, diffuses et incohérentes; on ne peut savoir.

Pas de cri, tombe n'importe où, généralement à la renverse, violemment, se blesse à la même place dans la région occipitale. Il a les trois périodes. Durée dix minutes. Après le stertor, sommeil de dix à quinze minutes, se réveille presque pas troublé.

Prend des crises fréquentes, dix à douze par mois en moyenne.

La crise est quelquefois précédée de prodromes : une demi-journée ou deux jours avant, agitation, marche droit devant lui, monte sur les tables, crie : « Je suis le soleil, je brûle, j'ai trop chaud, je veux me déshabiller », se désha-

bille en effet, se met complètement nu. Cause beaucoup plus facilement que d'habitude et avec volubilité, mais répète toujours la même chose; avec dix phrases on aurait tout le contenu de son délire préparoxystique.

Les accès se ressemblent tous.

Il est violent dans ses accès; il lui est arrivé souvent de frapper, si quelqu'un lui fait obstacle.

Ne conserve aucun souvenir de ce délire et de cette agitation qui précèdent la crise.

Mémoire lente, hésitante, assez diminuée. Ne sait pas en quelle année il est entré, ni en quelle année nous sommes. Parole également lente et hésitante. Les questions pénètrent difficilement.

Caractère assez doux, docile; travaille assez bien (fait les dortoirs); assez propre, pas trop exigeant, pas jaloux, s'emballe facilement.

9 mai 1908. — Depuis quatre jours, M... est agité, pousse des cris, marche sans but dans le dortoir. On le passe en cellule.

Profondément troublé, ne reconnaît personne, n'a pas l'air d'avoir conscience de l'endroit où il se trouve.

N'avait pas eu de crise à l'origine ou dans le cours de cet état.

14 mai 1908. — Crise avant-hier. Le malade n'est plus troublé. Il est à peu près revenu à son état normal.

OBSERVATION XV

(Service de M. le D^r Papillon).

Crises convulsives rares. — Abolition complète de la mémoire. —
Intégrité des autres facultés.

G... Léon, âge et profession inconnus, entre à l'asile, le 22 décembre 1888.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires ou personnels.

Depuis qu'il est à l'asile, crises très violentes, mais rares. Se réveille un jour abattu après un stertor de courte durée. Pas d'agitation pré-ou post-convulsive, ni dans l'intervalle des crises.

Très sourd.

Ne se rappelle ni la date de sa naissance, ni la date de son entrée à l'asile. Ne sait ni le mois ni l'année où nous sommes. Dit lui-même que la mémoire lui fait complètement défaut : « A certains moments, je ne trouve plus ce que j'ai à dire, je ne trouve ni les mots ni les idées. »

Ne se rappelle pas l'âge ni le prénom de ses enfants.

Est conscient de son état de faiblesse mentale, mais se rend compte de tout ce qui se fait autour de lui ; s'il se passe quelque chose d'anormal dans la section, il prévient le chef.

Très honnête et très consciencieux. Habile dans son travail ; fabrique des petits jouets en bois et des pipes.

A adopté un petit idiot du service, d'une dizaine d'années qu'il soigne, et qu'il sait corriger quand c'est nécessaire. Dans ce sentiment d'affection, il n'y a aucun mélange de mauvais instincts.

Caractère excellent, bon travailleur, pas exigeant, pas réclameur, très propre.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le D^r Papillon.)

Epilepsie tardive. — Début à soixante ans. — Tentatives de suicide. — Déchéance intellectuelle rapide.

M... Joseph-Auguste, soixante-dix ans, concierge, entre à l'asile de Bron, le 16 janvier 1908.

Vient du dépôt de mendicité d'Albigny.

Aucun renseignement sur les antécédents.

Marié, deux garçons en bonne santé.

A eu les fièvres paludéennes à Rome où il est resté dix huit mois pendant la guerre d'Italie.

Les crises auraient débuté, il y a une dizaine d'années, vers l'âge de soixante ans, sans cause connue.

Ne buvait pas d'alcool. Se grisait très rarement, peut-être une fois tous les six mois. En dehors de cela était plutôt sobre.

La maladie débuta par des moments de trouble qu'il prenait parfois le soir en revenant du travail ; la nuit suivante, il prenait des crises, soit une seule, soit plusieurs à la suite jusqu'à quatre ou cinq dans la même nuit. Ces crises revenaient de quinzaine en quinzaine, quelquefois tous les mois seulement. Il se mordait la langue et urinait au lit.

Pendant son séjour à Albigny, les crises continuèrent ; pendant l'une d'elles, il tomba de sa hauteur et se fractura la cuisse ; il boîta encore et a conservé un raccourcissement. D'autres fois, c'étaient de simples étourdissements.

Aurait, à Albigny, essayé de se poignarder et de se jeter par la fenêtre. Il reconnaît les faits, dit qu'il était las de vivre, qu'il voulait rentrer chez lui, voir ses enfants et sa femme et recommencer la vie en commun dans sa famille. Cette idée lui était venue tout d'un coup, il n'avait pas bu. A été arrêté juste au moment où il allait se jeter en bas.

Affaiblissement intellectuel très marqué.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Dr Rousset.)

Syphilis à vingt-deux ans. — Crises convulsives à vingt-six ans.
— Hémiplegie droite six mois après la première crise. —
Traitement spécifique. — Les crises persistent toujours, mais de moins en moins fréquentes. — Affaiblissement intellectuel.

S... André, trente et un ans, sans profession, entre à l'asile le 3 septembre 1906.

Père vivant, bonne santé.

Mère morte à soixante-douze ans d'une affection pulmonaire à la suite d'une intervention chirurgicale sur l'abdomen. Très nerveuse, se mettait facilement en colère.

On ne trouve pas d'aliénés, ni d'épileptiques dans la famille.

Un frère maladif. A eu un mal de Pott guéri au bout de huit ans de gouttière.

Père avait trente-quatre ans et mère quarante-deux quand S... est venu au monde.

Pas de convulsions de l'enfance.

Scarlatine dans les premières années.

Fièvre typhoïde à seize ans.

A fait toutes ses études. Collé au baccalauréat, il a suivi les cours de l'école de commerce de Lyon. Était très bon élève. Est sorti avec son diplôme 20^e sur 70.

Syphilis à l'âge de vingt-deux ans. S'est soigné pendant un an seulement.

Quatre ans après, part à Madagascar comme chef comptable pour une maison de cotonnades, aux appointements de 1.000 francs par mois. Au bout de six mois, son patron le renvoie sous prétexte de maladie. Il venait de rester au lit pendant un mois pour une affection légère (?). C'est sous l'empire de l'émotion qu'il a ressentie que, le lendemain, il prend une première crise.

Au lieu de revenir en France de suite, il reste à Diégo-Suarez où il dépense ses quelques économies. Prend cinq crises dans l'espace de quatre mois.

Au mois de janvier 1902, quand il se réveille de sa sixième crise, il se trouve paralysé, atteint d'une hémiplegie du côté droit. Pendant un mois, il prend des crises très nombreuses, une tous les jours en moyenne et quelquefois deux.

Il revient en France le 10 février 1902. Se fait traiter à l'hôpital Saint-Pothin dans le service du Dr Lannois en 1903 ; fait ensuite un séjour à Longchêne ; passe six mois à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu en 1904.

Depuis son retour de Madagascar jusqu'au mois de décembre 1905, il prend environ une crise par mois. Puis les crises ont disparu. Voilà huit mois qu'il n'en a pas eu.

Sa famille le place à l'asile parce qu'il se rend insupportable chez lui. Court après les bonnes et leur exhibe ses parties génitales. Déjà, à Sainte-Eugénie, il poursuivait une petite fille et, à Saint-Pothin, courait après les sœurs de l'hôpital. De plus, il est resté deux ou trois jours absent de chez lui, courant les bouges, fréquentant des escarpes, avait sur lui de la fausse monnaie.

A son entrée, l'hémiplégie droite existe encore, quoique diminuée. Fauche encore en marchant; mouvements saccadés et maladroits. Réflexes exagérés du côté paralysé. Ecrit de la main gauche, ne pouvant plus écrire de la droite. Réponses lentes, hésitantes. Force musculaire très diminuée à droite.

25 septembre 1906. — Crise convulsive. Sent venir sa crise et se couche. La crise est complète et présente tous les caractères de la crise épileptique.

4 décembre 1906. — Nouvelle crise. Lourdeur dans la tête, les idées se troublent; elle dure environ cinq minutes, puis le malade se couche de lui-même pour éviter une chute.

Janvier 1907. — Nouvelle crise.

6 septembre 1907. — Il y a un mois, S..., sorti en permission de la journée avec son père, avait profité d'une promenade au parc de la Tête-d'Or pour s'esquiver. Ayant pris le train jusqu'à Valence, puis Romans, il alla ensuite à pied par petites étapes jusqu'à Toulouse, se faisant donner des secours par les mairies. Il est rentré à Lyon hier et a été ramené à l'asile par son frère. Ne donne pas d'explication de sa fugue; dit qu'il voulait chercher du travail. Se rappelle bien toutes les péripéties de son voyage, n'a pas pris de crises.

12 septembre. — Crise.

30 avril 1908. — Crise. Mémoire est très affaiblie. A cer-

tains moments, ne se rappelle plus le nom des personnes qu'il connaît le plus intimement. Intelligence bien déchue; rit facilement et niaisement en racontant son histoire. Ne paraît pas souffrir de son état; son allure exprime même plutôt un certain contentement de lui-même.

CONCLUSIONS

I. La démence est très fréquente chez les épileptiques aliénés.

II. Elle survient soit d'une façon lente et continue, soit par bonds successifs avec des rémissions.

III. Son apparition ne paraît pas due toujours à la même cause.

Dans nombre de cas, elle ne doit pas être attribuée au mal comitial lui-même, mais à des troubles concomitants, soit que la lésion qui a produit l'épilepsie soit par elle-même capable d'engendrer aussi la démence, soit qu'à côté de l'épilepsie il y ait à la fois un autre processus morbide, susceptible d'entraîner la déchéance des facultés cérébrales.

Quant elle est réellement due à l'épilepsie nous pensons qu'elle est consécutive à un processus d'intoxication. Des recherches récentes ayant démontré qu'il existe des toxines dans le sang des épileptiques et que la crise est due à un phénomène d'intoxication spécifique, la démence peut s'expliquer par une imprégna-

tion toxique des cellules nerveuses, comparable par exemple à l'imprégnation alcoolique.

En somme la démence survenant chez les épileptiques ne doit pas être appelée démence névrosique, elle a toujours pour substratum une lésion anatomique ou un processus toxique.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
WEILL.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ESQUIROL, *Mémoire sur l'épilepsie*, 1815.

— *Dictionnaire des sciences médicales*, 1815, t. XII.

CALMEIL, de l'*Epilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'état mental* (thèse de Paris, 1824).

BOUCHET et CAZAUVIELLE, de l'*Epilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Archives de médecine*, 1825, t. IX et X).

A. FOVILLE père, Article EPILEPSIE (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* en 15 vol., 1831).

ESQUIROL, des *Maladies mentales*, t. I, Paris, 1838).

BILLOD, Recherches et considérations relatives à la symptomatologie de l'épilepsie (*Annales médico-psychologiques*, t. II, 1843).

FALRET, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1850.

BRIERRE DE BOISMONT, de l'Interdiction des aliénés (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, janvier 1852, et *Annales médico-psychologiques*, 2^e série, vol. IV, 1852).

DELASIAUVE, Conséquences de l'épilepsie (*Annales médico-psychologiques*, 2^e série, vol. VI, 1854).

— *Traité de l'épilepsie*, Paris, 1859.

MOREL, *Traité des maladies mentales*, 1859.

DELASIAUVE, *Journal de médecine mentale*, 1861, p. 110-111.

MARCÉ, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

FALRET, Etat mental des épileptiques (*Archives de médecine*, 1860-1862).

TROUSSEAU, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1868.

Ach. FOVILLE fils, Article DÉMENGE (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1869).

Aug. VOISIN, Article EPILEPSIE (*Dictionnaire Jaccoud*, 1870).

- PEYBERNÈS, *Quelques considérations sur le pronostic de l'épilepsie* (thèse de Montpellier, 1875).
- DAGONET, *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, 1876.
- LEGRAND DU SAULLE, *Etude médico-légale sur les épileptiques*, 1877.
- DESFOSSEZ, *Essai sur les troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie* (thèse de Paris, 1878).
- BOURNEVILLE, *Comptes rendus annuels du service de Bicêtre* depuis 1880.
- BURLUREAUX, Article EPILEPSIE (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1881).
- BALL et CHAMBARD, Article DÉMENCE (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1881).
- MAGNAN, des Troubles intellectuels dans l'épilepsie (*Gazette des hôpitaux*, 1881).
- FERRAND, *les Epileptiques considérés au point de vue médico-légal* (thèse de Paris, 1882).
- RESPAUT, *Influence de l'action épileptique sur l'état psychique* (thèse de Paris, 1883).
- GOWERS, *de l'Epilepsie*, Paris, 1883.
- A. VOISIN, *Leçons cliniques de médecine mentale*, Paris, 1883.
- SÉGLAS, Note sur un cas d'épilepsie tardive (*Revue de médecine*, 1885, p. 484).
- TONNINI, *les Epilepsies*, Bocca, 1886.
- P. MARIE, Etiologie de l'épilepsie (*Progrès médical*, 1887).
- FÉRÉ, Contribution à l'étude des phénomènes d'épuisement consécutifs à l'accès d'épilepsie (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1888).
- CHRISTIAN, *Epilepsie et folie épileptique*, 1890.
- FÉRÉ, *Encyclopédie des aides-mémoire*, 1892.
- ARDIN-DELTEIL, *l'Epilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité* (thèse de Montpellier, 1892).
- MARINESCO et SÉRIEUX, Pathogénie de l'épilepsie (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, 1895).
- DALLEMAGNE, *Dégénérés et déséquilibrés*, 1895.
- WILDERMUTH, *les Troubles psychiques de l'épilepsie au point de vue du droit criminel* (XXVII^e Congrès de la Société psychologique du Sud-Ouest de l'Allemagne, Carlsruhe, novembre 1895).
- CLAUS et VAN DER STRICHT, *Pathogénie et traitement de l'épilepsie*, 1896.

FÉRÉ, les Epilepsies et les épileptiques (*Traité*, 2^e édit., 1897).

J. VOISIN, *l'Epilepsie*, Paris, 1897.

KRAFFT-EBING, *Traité clinique de psychiatrie*, 1897.

KOWALEVSKY, de l'Epilepsie au point de vue clinique et médico-légal (*Annales médico-psychologiques*, 1898).

ARDIN-DELTEIL, *Epilepsie psychique*, Paris, 1898.

VOISIN et LEGROS, Démence épileptique paralytique et spasmodique (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1899 ; *Gazette hebdomadaire*, 24 décembre 1899 ; et Congrès international de médecine, août 1900).

ARDIN-DELTEIL, les Equivalents psychiques de l'épilepsie (*Montpellier médical*, 1900).

— l'Epilepsie larvée (*Progrès médical*, décembre 1900, janvier 1901).

GÉLINEAU, *Traité des épilepsies*, 1901.

RIBOT, *les Maladies de la mémoire*, Paris, 1901.

BRIDIER, *Essai sur l'anatomie pathologique des démences* (thèse de Lyon, janvier 1902).

LANNOIS et LESIEUR, Examen bactériologique du sang des épileptiques (*Société médicale des hôpitaux*, Lyon, 3 novembre 1903).

MASOIN, Nouvelles recherches cliniques sur l'épilepsie (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, décembre 1904).

DENY, *Démences vésaniques* (Rapport au Congrès de Pau, 1904).

J. CHARPENTIER, *Etude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale* (thèse de Paris, 1904).

MARANDON DE MONTYEL, Etats confus simulant la démence (*Bulletin médical*, 16 juillet 1904).

DODIER, *Déchéance des épileptiques* (thèse de Paris, mars 1904).

VIGOUROUX, la Démence liée aux lésions circonscrites du cerveau. Etude pathogénique et clinique (*Revue de psychiatrie*, 1904).

DUTIL, Article EPILEPSIE (*Traité de médecine Charcot, Bouchard et Brissaud*, 2^e édit., 1905).

BOURNEVILLE, Contribution à l'étude épileptique infantile (*Archives de neurologie*, novembre 1905 ; *Encéphale*, 1906, n° 1, p. 92).

— De l'écriture dans un cas de démence épileptique (*Congrès de Rennes ; Revue de neurologie*, 1905, p. 872).

- KLIPPEL et LHERMITTE, les Démences, anatomie pathologique et pathogénie (*Revue de psychiatrie*, 1905, p. 485).
- TOULOUSE et DAMAYE, la Démence vésanique est-elle une démence ? (*Revue de psychiatrie*, 1905, p. 14).
- CARLO CENI, Sur la nature et les caractères des principes toxiques et antitoxiques naturels du sérum du sang des épileptiques (*Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXI, fasc. 2, p. 38-67, 20 juillet 1905).
- A. TURNER, *Etat mental des épileptiques* (Société royale médicale et chirurgicale, 12 avril 1904 et 14 février 1905).
- MARCHAND, *Démence symptomatique de méningite chronique chez une ancienne épileptique* (Société anatomique, 25 mai 1906).
- TOULOUSE et MARCHAND, Anomalie médullaire et démence chez une épileptique (*Revue de psychiatrie*, septembre 1906).
- MARCHAND et OLIVIER, Epilepsie tardive. Démence et hémiplegie symptomatiques de méningo-encéphalite chronique localisée (*Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1906, p. 576).
- ETHEOCLES ALCANTARA GOMÈS, *Brèves considérations sur la physiopathologie et la pathogénie des crises épileptiques* (thèse de Rio-de-Janeiro, 1906).
- A. ROBIN, Hypersthénie gastrique et épilepsie (*Bulletin médical*, 27 octobre 1906).
- CARLO CENI, Nouvelles recherches sur la nature des principes toxiques contenus dans le sang des épileptiques (*Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXXII, fasc. 3 et 4, p. 451-459, 31 octobre 1906).
- L. MARCHAND, de l'Idiotie acquise et de la démence chez les épileptiques (*Revue de psychiatrie*, juin 1907).
- KROEPELIN, *Introduction à l'étude de la psychiatrie*, 1907.
- J. et R. VOISIN, Une forme rapide de démence épileptique de l'adolescence. Ses rapports avec la démence précoce (*Presse médicale*, 13 juillet 1907).
- DE BUCH, Pathogénie et diagnostic de l'épilepsie (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1907).
- LEVERT, Démence épileptique (*la Clinique*, 7 février 1908).
- L. MARCHAND, de l'Épilepsie chez les déments précoces (*Revue de psychiatrie*, juin 1908).
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Fréquence	13
CHAPITRE III. — Etude clinique	15
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	23
CHAPITRE V. — Pathogénie	28
OBSERVATIONS.	43
CONCLUSIONS.	73
BIBLIOGRAPHIE	75

